

ASPECTS MÉDICAUX, PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX DES TOXICOMANIES

Genève, 6, 7 et 8 octobre 1988



SOMMAIRE

Editorial	5
Introduction au congrès	
<i>A. Mino</i>	7
Le toxicomane et son plaisir	
<i>A. Haynal et P. Schulz</i>	13
Toxicomanie et urgence	
<i>P.-F. Unger</i>	23
Toxicomanie et SIDA: aspects épidémiologiques, psycho-sociaux et éthiques en milieu pénitentiaire	
<i>T.-W. Harding</i>	29
Sevrages physiques et problèmes somatiques chez les toxicomanes	
<i>L. Restellini-Vuarambon</i>	45
Expérience hospitalière des sevrages	
<i>P. Varidel</i>	55
Expérience hospitalière des sevrages	
<i>T. Redalié</i>	61
Méthadone et médecine de ville	
<i>G. Eichenberger</i>	69
Les principaux outils conceptuels de la psychopathologie des toxicomanes	
<i>A. Charles-Nicolas</i>	83

Toxicomanies et familles	
<i>S. Angel</i>	99
Les enfants de parents toxicomanes: aspects préventifs	
<i>J. Manzano et F. Palacio</i>	115
Politiques locales et toxicomanie	
<i>A. Coppel et D. Touzeau</i>	129
Epidémiologie des toxicomanies et follow-up	
<i>F. Facy</i>	137
Expérience des traitements ambulatoires des toxicomanes. Présentation de la consultation Camoletti	
<i>R. Vuagniaux</i>	147
Expérience d'un accueil socio-éducatif des toxicomanies	
<i>P. Frachebourg</i>	157
Stupéfiant(s): le juridique et ses variations	
<i>C.N. Robert</i>	169
Les conduites de risque	
<i>S. Tomkiewicz</i>	181
Conclusions	
<i>A. Mino</i>	189

ÉDITORIAL

Les 6-7 et 8 octobre 1988, s'est tenu à Genève un congrès qui a abordé l'ensemble des problèmes concernant la toxicomanie. Son titre: *Aspects médicaux, psychologiques et sociaux des toxicomanies*.

Ce congrès a été organisé par l'Unité de Toxicopathie, sous l'égide des Institutions Universitaires de Psychiatrie de Genève.

Il a rencontré un vif succès, les participants sont venus d'horizons très différents.

Le public était donc à l'image de la pluridisciplinarité qui était le maître mot de ce congrès.

Les titres proposés aux lecteurs sont suffisamment évocateurs pour résumer par eux-mêmes ce qu'ils ont à nous dire.

Docteur Annie Mino

INTRODUCTION AU CONGRÈS

*Annie Mino**

1. Ici, aujourd'hui, sont réunis des intervenants venant d'horizons variés. En effet, la prévention, le traitement et la réinsertion des toxicomanes supposent une transdisciplinarité efficace:

c'est-à-dire une connaissance pour chaque intervenant non seulement de l'éclairage technique qui est le sien dans sa clinique, mais également des autres éclairages.

La question est d'importance puisqu'il s'agit d'éviter ainsi la «parcellisation» ou «l'éclatement» du patient en de multiples facettes inconciliables, et le danger de réponses simplificatrices à un problème somme toute complexe. Nous devrions d'ailleurs élargir notre pluridisciplinarité aux historiens et aux anthropologues car les toxicomanies pourraient bien être aussi l'expression du retour d'un refoulé culturel, d'un passé lointain auquel appartiendraient les sorcières et avant elles les magiciennes de l'antiquité.

Aujourd'hui de plus, les évolutions actuelles, le sida d'une part avec ses nécessités préventives et ses accompagnements terminaux, les jeunes parents toxicomanes d'autre part doivent nous inciter à développer plus encore cette transdisciplinarité.

2. Le développement des toxicomanies actuelles suit celui de la découverte, puis de l'utilisation des psychotropes. Les années 60 et 70 ont vu simultanément l'accroissement de l'offre des psychotropes tant d'origine

* Médecin chef de service adjoint, Unité de Toxicopathie, (Institutions Universitaires de Psychiatrie de Genève), Villa les Crêts, 1 ch. Edouard Tavan, CH-1206 Genève.

médicale que clandestine. Ceci doit nous rappeler que la médecine a partie liée avec la prévention primaire de toutes les formes de toxicomanies. En effet, si les psychotropes ont permis de gigantesques progrès dans le champ médical, on ne doit pas oublier néanmoins que le geste prescriptif banalisé, laïcise aussi les autoprescriptions, voire les pratiques illégales.

3. Il est bon de rappeler en introduction la définition de la toxicomanie:

on parle de toxicomanie ou d'addictions lorsque le sujet se trouve en état de dépendance psychique et/ou physique, quel que soit le produit utilisé, c'est-à-dire qu'il soit légal ou illégal.

Il ne sera donc pas question ici des usagers occasionnels même si ces derniers sont en situation de transgression par rapport aux lois.

Une notion qui continue à traverser l'histoire doit ici être battue en brèche:

c'est la notion d'escalade.

En effet, un certain nombre de professionnels, y compris médicaux croient encore à l'escalade inéluctable, c'est-à-dire pensent que les drogues dites douces conduisent inéluctablement aux drogues dures.

J'en veux pour preuve une enquête menée dans la région française de Champagne/Ardennes et dont je tire l'extrait suivant:

«L'étude démontre la prégnance de la notion d'escalade 'automatique' qui s'impose massivement (83% des personnes interrogées) alors même que la distinction drogues dures/drogues douces est majoritairement admise (60%). L'idée d'engrenage automatique pourtant démenti par ailleurs, entraîne une dramatisation des réponses familiales, sociales, voire thérapeutiques, qui englobe tous les consommateurs de drogues dans la même catégorie: 'les drogués'... 60% par exemple des interrogés considèrent qu'il faut enclencher une cure de désintoxication pour les fumeurs de haschich...»

Je souligne ici que les interviewés appartiennent aux secteurs sanitaire, socio-éducatif, judiciaire et répressif. Il ne s'agit donc pas d'un public tout-venant.

4. Aborder aujourd'hui les aspects médicaux, psychologiques et sociaux des toxicomanies, est une manière de rappeler que l'étude de ces dernières doit prendre en compte ce qu'il est maintenant classique d'appeler

le triangle, c'est-à-dire le ou les produits, le sujet dans sa dimension psychologique interne, et les environnements de ce sujet qu'ils soient familiaux, professionnels, sociaux, et culturels.

Aucune question théorique ou clinique ne saurait exclure un de ces paramètres. On peut bien sûr éclairer de manière privilégiée l'un des pôles du triangle, mais on doit toujours mettre en relation ces différents éléments. Ce qui revient par exemple à se poser la question devant une demande de traitement :

- qui est le sujet qui nous adresse une demande de soins
- quel produit prend-il
- dans quelles conditions
- quel rapport entretient-il avec ce produit ou ces produits
- dans quel lien dialectique est-il avec les environnements qui l'entourent

et

- quel est le sens des produits pour ces environnements précisément ?

Ainsi le sens d'un produit, d'une drogue, varie d'un sujet à l'autre, d'un moment à l'autre, chez un même sujet. Un même produit peut être défini comme mortifère, par l'environnement d'un sujet, alors que lui-même le définit comme l'instrument de son interrogation du droit à vivre. Dès lors, il est important de ne pas parler *du toxicomane* ou *de la toxicomanie*, mais bien plutôt *des toxicomanes* et *des toxicomanies* (ou addictions, plus parlant encore...). Mais si ce triangle nous rappelle sans cesse la complexité du problème, nous devons savoir qu'il sera aujourd'hui impossible d'opérer une synthèse théorique satisfaisante. Nous sommes confrontés à un travail en mosaïque. Aucun auteur ici présent ne prétendra donc nous dire qu'elle est la cause de la toxicomanie. Chacun éclairera à partir de son expérience clinique ou de son expérience de recherche un certain pan des toxicomanies. Les causes sont multiples, elles viennent de l'histoire propre du sujet, de sa constellation familiale, de l'environnement social, professionnel, du groupe des pairs, des discours culturels énoncés sur une conduite déviante

à un moment donné d'une société déterminée, elles viennent enfin de la rencontre avec le produit.

5. En 15 ans les toxicomanies ont sans cesse évolué. Les études épidémiologiques révèlent un certain nombre de constantes, par exemple, l'existence de fragilités psychologiques et familiales précoces, mais les toxicomanes ont changé. Ils ont vieilli, ils sont moins marginaux souvent, ils vivent plus en couple et ont parfois des enfants. Enfin, et cela est une banalité, le sens des toxicomanies d'un point de vue sociologique s'est radicalement modifié. Si par le passé, elles ont signifié protestation, rupture et recherche d'autres valeurs, elles n'ont guère aujourd'hui que le sens d'interrogations plus ou moins tragiques sur ce que vivre veut dire. A Genève actuellement l'ampleur réelle du phénomène est mal connue et des études telles que celles du Conseil de l'Europe seraient nécessaires aujourd'hui. Les indicateurs d'évaluation du phénomène sont généralement pris en considération isolément, ce qui ne permet pas de se faire une idée exacte du phénomène. Par exemple, l'an dernier le nombre d'overdoses a considérablement augmenté à Genève, et dans l'ensemble de la Suisse. Or un tel chiffre ne nous dit rien sur l'ampleur du problème. En effet, il n'y a aucune linéarité entre le nombre des overdoses et le développement du nombre de toxicomanes.

6. Le devenir des toxicomanes reste un sujet difficile. Je m'en tiendrai donc à une remarque générale. A long terme, après 10 ans de dépendance aux drogues, très schématiquement, l'ensemble des études d'évaluation réalisées fait apparaître que:

- un tiers des sujets reste en état de dépendance grave, 5 à 10% meurent,
- un tiers a fait un certain progrès; la dépendance moins marquée aux toxiques est remplacée par une importante dépendance aux proches; leur situation sociale est précaire,
- un tiers a obtenu une amélioration très favorable; ils n'utilisent plus de drogues.

En conclusion de mon introduction, et peut-être en introduction du texte du Professeur Haynal, s'il me le permet, j'aimerais dire qu'il n'y a rien d'anachronique à parler du plaisir du toxicomane. On en parlait il y a 15 ans quand le toxicomane avait partie liée avec une transgression psychologique et sociale majeure. Aujourd'hui dans le travail avec les toxicomanes, il est souvent question de défi à relever, et il semble alors beaucoup plus acceptable d'être du côté du défi-médicaments que du côté du défi-plaisir,

A propos de paroles entendues, voici ces trois phrases, deux d'auteurs célèbres qui savent de quelles expériences limites ils parlent, une d'un patient qui résume à sa manière son conflit existentiel.

(André Malraux)

(Antonin Artaud)

(Un patient)

- Environnements(s)

- $\frac{1}{3} \quad \frac{1}{3} \quad \frac{1}{3}$

LE TOXICOMANE ET SON PLAISIR

*André Haynal et Pierre Schulz**

L'humanité affronte depuis bien des millénaires la dualité entre plaisir et souffrance. Eviter la peine et se procurer le bien-être est une loi qui domine chez l'animal comme chez l'homme. Deux grands systèmes qui, à notre siècle, se sont penchés sur le comportement de l'homme considèrent également ces dimensions comme fondamentales: ainsi, pour les comportementalistes, l'une des forces les plus puissantes est l'évitement de la douleur, et pour les psychanalystes, l'obtention du plaisir et l'évitement du déplaisir.

Les sociétés humaines ont permis l'accès à certains plaisirs qualifiés d'«artificiels» et une distinction entre plaisir «naturel» et «artificiel» est devenue problématique. Les plaisirs d'avoir l'estomac plein, d'apprécier un entourage sympathique et des liens sociaux agréables, ne sont-ils que «naturels»? Le boulimique qui engloutit du chocolat recherche-t-il un plaisir «naturel»? Ou encore, est-il «naturel» de consommer des substances dont le but, avoué ou non, est d'augmenter le plaisir, comme on l'observe dans pratiquement la plupart des cultures: opium chez les Chinois, haschisch chez les Indiens, païotl chez les Mexicains, alcool et tabac dans notre culture, pour ne citer que les exemples les plus connus. Le verre de vin rouge, le cigare après un bon repas sont-ils déjà une perversion, une tendance à obtenir un peu plus de plaisir que ce que nous donne la vie quotidienne? Par ailleurs, les observations d'animaux dans leurs environnements naturels ont montré que ceux-ci consomment et probablement apprécient les drogues, lorsqu'ils peuvent les trouver. Ainsi, les éléphants,

* Institutions Universitaires de Psychiatrie de Genève (I.U.P.G.), 10 ch. Petit Bel-Air, CH-1225 Chêne-Bourg/Genève.

certains oiseaux et d'autres animaux se saoulent de fruits fermentés (Greenberg, 1983). Il n'y aurait donc qu'une différence quantitative entre l'animal qui consomme occasionnellement ces fruits fermentés et l'habitué des bistrotts qui souffre d'une cirrhose. Le fruit défendu serait-il la connaissance des techniques de la fermentation et de la distillation de l'alcool éthylique? Il est possible que dans l'histoire des espèces vivantes, la survenue des toxicomanies ait été un épisode imprévisible; les drogues seraient délétères car il y aurait une faille dans les mécanismes neurobiologiques de protection de l'individu par rapport à elles.

On peut dire que la toxicomanie devient pathologique quand elle arrive à un niveau d'autodestruction tel que ses conséquences à court ou long terme, sous forme de maladie, de séquelles physiques et psychiques, deviennent prédominantes; ceci est une règle pratique. Elle n'évite cependant pas de rappeler que les conduites de recherche du plaisir sous-tendent la vie, en la compliquant et en même temps en la rendant — c'est le cas de le dire — plaisante. Et La Rochefoucault n'a-t-il pas dit «qui vit sans folie n'est pas si sage qu'il croit».

En quoi consiste le plaisir du toxicomane? Chez l'alcoolique, les cliniciens ont parlé de désinhibition, d'augmentation du bien-être par l'élimination de pensées et de perceptions désagréables; ils ont souligné également que ce n'est pas la substance en soi, en l'occurrence l'alcool, qui agit ainsi, mais la substance «s'ajoutant» à un contexte donné. En d'autres termes, la toxicomanie est une situation complexe dans laquelle les drogues ne sont qu'une partie d'un tout.

Dans ce texte, nous présentons une brève synthèse de ce que le modèle neurobiologique peut apporter de complémentaire à la compréhension psychologique des toxicomanes et à leur traitement. Les notions de centres anatomiques du plaisir, de mémoire des événements biologiques et de pharmacodépendance sont évoquées.

Les centres du plaisir

L'existence des centres du plaisir ou de la récompense, en anglais «brain reward systems» est bien établie sur la base des expériences dites d'auto-stimulation: des électrodes sont implantées dans diverses régions du système nerveux central (SNC) et l'on mesure la propension des animaux de laboratoire à se stimuler électriquement (Olds et Milner, 1954). Cette propension varie selon la région d'implantation des électrodes. Les centres du plaisir se répartissent en plusieurs groupes cellulaires localisés dans le mésencéphale et allant jusqu'au niveau des lobes frontaux (Barnes, 1988). Les neurotransmetteurs impliqués seraient surtout la dopamine, mais

également la noradrénaline et les opiacés endogènes. Un aspect intéressant de ces expériences est la démonstration que la stimulation de ces centres déclenche différents comportements selon les circonstances: manger si la nourriture est à disposition, boire, copuler, etc. Ces expériences ont aussi permis d'observer que l'implantation des électrodes dans des régions bien définies du SNC menait les animaux à utiliser en permanence la stimulation électrique et à mépriser leurs instincts élémentaires, tels ceux de la soif et de la faim, et ce au point d'en mourir. Ces centres du plaisir existent donc et ils forment un réseau anatomique assez précis comportant l'aire ventrale tegmentale (ventral tegmental area), le faisceau proencéphalique médian (median forebrain bundle) et le noyau accumbens en avant. Il existerait également des centres anatomiques de l'aversion, distincts anatomiquement de ceux du plaisir. Enfin, chez l'homme, quelques études ont confirmé que la stimulation de certaines zones du cerveau déclenche des émotions spécifiques, agréables ou non (Nashold *et al.*, 1969; Heath, 1972). Le plaisir ou son contraire ont donc une base anatomique et physiologique que l'on commence à comprendre de façon plus détaillée.

La mémoire des événements biologiques

Parlant de toxicomanies, le risque de la contagion a été systématiquement souligné. Ainsi, la distribution par les trafiquants de drogues aux adolescents et ce, devant les bâtiments des écoles, a été dénoncée à plusieurs reprises. Si l'accès facile et généralisé aux drogues est jugé si dangereux, c'est qu'il permet un apprentissage du plaisir de consommer des drogues. Ce plaisir est bien illustré par Sganarelle dans le Festin de Pierre par Molière:

«Quoi que puisse dire Aristote, et toute la philosophie, il n'est rien d'égal au tabac: c'est la passion des honnêtes gens, et qui vit sans tabac, n'est pas digne de vivre. Non seulement il réjouit et purge les cerveaux humains, mais encore il instruit les âmes à la vertu, et l'on apprend avec lui à devenir honnête homme.»

Il faut donc éviter l'apprentissage de la drogue. Or, tout apprentissage implique la mémoire et la notion de mémoire des événements biologiques doit être prise en considération dans ce processus. L'importance de cette mémoire est illustrée par la pratique des sports, un exemple sans rapport direct avec les toxicomanies. Tout sportif qui interrompt son activité sportive, n'oubliera pas, même après plusieurs années, comment coordonner instinctivement ses mouvements. Lorsqu'il reprend la pratique de son

sport, il n'aura pas perdu beaucoup de ses capacités. Or, l'expérience montre qu'il en va de même des toxicomanes: après des années d'abstention, le tabagique qui rechute est capable de fumer en un jour un paquet de cigarettes ou plus, et ce sans vomir, ce qui représente un exploit impossible à un non-fumeur. Ce sont donc non seulement les réactions psychologiques mais également les réactions physiques à la drogue qui sont mémorisées. La motivation des toxicomanes de ne plus consommer de toxiques peut être influencée par les circonstances de leur existence, par leurs thérapeutes ou par le vieillissement des toxicomanes. La mémorisation des effets biologiques du toxique ne disparaît jamais, et les médecins ne savent pas comment effacer ces traces mnésiques. On dit qu'elles sont même présentes chez le souriceau dont la mère a reçu une seule dose d'opiacés durant la gestation. On a parlé du deuil que doit faire le toxicomane qui se sevré de sa drogue. Ce terme est bien choisi: il implique la disparition d'un objet apprécié, et la persistance du regret, ancré dans la mémoire. Cette conception psychodynamique du sevrage s'applique donc aussi à la mémoire des effets biologiques des drogues.

Les mécanismes de la pharmacodépendance

Le troisième thème est celui de la pharmacodépendance. Cette notion est souvent subdivisée en ses composants, la tolérance, la dépendance et les manifestations du sevrage. Cette subdivision est justifiée sur un plan clinique, mais elle ne résout pas la question de l'appétence aux drogues. Toute théorie qui tient à rendre compte des toxicomanies doit expliquer laquelle parmi les nombreuses actions pharmacologiques des drogues est susceptible de mener à l'abus.

Avant de discuter ces théories, rappelons que l'on peut, très globalement, classer les drogues en trois groupes principaux, les déprimeurs, les psycho-stimulants et les substances à effets mixtes. Parmi les premiers, on citera les opiacés, l'alcool, le cannabis, les barbituriques et les benzodiazépines. Les psycho-stimulants sont la cocaïne, les amphétamines et d'autres sympathicomimétiques utilisés en thérapeutique. La caféine est aussi un psychostimulant. D'autres produits tels la nicotine ou les anticholinergiques sont des substances à effets mixtes, sédatives et psychostimulantes.

Une des premières théories sur l'origine des toxicomanies a été que les symptômes du sevrage, inhérents à la dépendance aux toxiques, menaient au comportement compulsif de prise de drogues. Cette hypothèse est actuellement abandonnée; elle ne rendait compte que partiellement du maintien de la toxicomanie, et pas du tout de sa survenue chez les individus antérieurement non toxicomanes, ni des rechutes chez ceux qui avaient eu

une longue période d'abstinence. De plus, le type et l'intensité des manifestations du sevrage diffèrent passablement selon les drogues. Le sevrage du tabac par exemple déclenche des symptômes moindres que ce n'est le cas lors du sevrage de l'héroïne. Pourtant, le risque de rechute n'est pas beaucoup plus faible chez l'ancien tabagique que chez l'ancien héroïnomane. Les arguments les plus intéressants en défaveur du rôle du sevrage dans la toxicomanie viennent de travaux chez l'animal. Ces expériences ont abouti à plusieurs observations. Premièrement, il est possible d'induire les manifestations d'appétence pour la drogue sans pharmacodépendance, c'est-à-dire sans sevrage ultérieur. Il faut pour cela injecter l'opiacé en petites quantités localement dans le ventral tegmental area. En revanche, ce même type d'injection, mais pratiquée dans la substance grise périaqueducule, déclenche une dépendance. Il y aurait donc dissociation fonctionnelle et anatomique entre l'appétence aux opiacés et la dépendance; cette dernière étant définie par la survenue d'un sevrage à l'arrêt du traitement. De plus, une administration unique d'un opiacé est suivie de comportements de l'animal qui suggèrent que celui-ci recherche une seconde injection, car il occupe préférentiellement l'espace où il a reçu le premier traitement. Ces expériences démontrent la puissance des opiacés, puisque l'apprentissage de renforcement d'un comportement lié à la drogue est immédiat, dès la première injection chez l'animal.

La dépendance et le sevrage n'expliquent donc pas la survenue des toxicomanies et d'autres théories ont été proposées. L'une d'elles concerne le renforcement positif. La drogue induirait un état ressenti comme agréable, ce qui mènerait à la répétition de la consommation. Cette théorie est intéressante, malheureusement elle n'est pas explicative, puisqu'elle consiste essentiellement à donner un autre nom aux toxicomanies.

Plus récemment, il a été suggéré que toutes les drogues, même celles classées parmi les déprimeurs du système nerveux central ont une action psychostimulante (Wyse et Bozarth, 1987). Cette action serait déterminante, en partie parce qu'elle favorise les comportements dits d'approche. L'intérêt de cette théorie est qu'elle propose un mécanisme commun à toutes les toxicomanies. De ce qui précède, il est évident que le débat concernant les mécanismes biologiques des toxicomanies est encore largement ouvert.

Il faudra aussi répondre à une autre question très importante, à savoir pourquoi tel sujet et non tel autre devient-il toxicomane? Car tout le monde ne le devient pas. Les exemples de l'alcool et du tabac, deux substances dont l'accès est quasiment libre dans notre culture confirment ce fait: seule une fraction de la population est alcoolique ou tabagique. Cela suggère qu'il y a des facteurs individuels déterminant le risque de devenir toxicomane. L'existence de ces facteurs sur le plan psychologique est largement recon-

nue. Quelques expériences suggèrent qu'il existe également des facteurs biologiques de prédisposition. Chez l'animal, le croisement de rats ayant une plus grande appétence pour boire de l'alcool plutôt que de l'eau permet de créer des souches de rats alcooliques. Le SNC de ceux-ci diffère biochimiquement de celui des rats non alcooliques. La recherche a donc porté sur l'identification chez l'homme de caractéristiques biologiques ayant une valeur prédictive des comportements alcooliques (Moss *et al.*, 1986; Schuckit et Gold, 1988). Ces recherches cliniques n'ont pas encore fourni de réponses péremptoires, et il n'est pas certain qu'elles en fournissent jamais. Elles ont néanmoins apporté suffisamment de données pour suggérer que nous ne sommes pas biologiquement égaux face au risque de pharmacodépendance, et que ce risque a quelques bases héréditaires.

Discussion

Dans la recherche de son bien-être sur terre, chaque individu trouve une solution qui lui est spécifique. C'est la chance de la majorité d'entre nous que l'importance des toxicomanies soit restreinte dans cette solution. La solution que trouve le toxicomane lui est défavorable; cet équilibre est malheureusement très stable. L'évocation de centres neuro-anatomiques du plaisir, celle des processus de la mémoire des événements biologiques et des mécanismes de la pharmacodépendance s'ajoutent aux considérations psychologiques pour expliquer l'origine de cette stabilité. On reproche tantôt aux médecins, et aux psychiatres en particulier, leur emprise excessive sur les malades et tantôt leur impuissance d'amener une guérison. Dans le cas des toxicomanes, le but d'un traitement est d'aider le sujet à trouver une solution de vie différente, dans laquelle la drogue ne serait plus indispensable. Pour le soignant, l'évaluation pragmatique des possibilités de chaque toxicomane de fonctionner sans sa drogue est donc un premier pas important dans la prise en charge du drogué. Ce nouvel équilibre implique que le sujet est devenu capable de renoncer à sa drogue. Or, juste après le sevrage, ce renoncement doit être permanent et répétitif, car les situations qui mènent le toxicomane abstiné à désirer l'influence de produits exogènes sont innombrables.

Un tel renoncement ne peut donc être obtenu qu'au prix d'efforts considérables. Il devrait pouvoir être remplacé par une modification de la psychologie et de la neurophysiologie, qui permette au toxicomane de ne plus penser à chaque instant qu'il doit s'abstenir de consommer sa drogue. Ceci débouche sur la notion de substitution d'un état par un autre. La première substitution à laquelle on pense est celle par la méthadone. Sans entrer dans la polémique sur le bien-fondé de ce traitement, il faut souli-

gner qu'il s'agit d'une substitution d'une drogue par une autre et non d'un état psychologique et neurophysiologique que l'on qualifierait de sain à l'état de toxicomanie. Cette dernière substitution suppose un changement de registre. Cela est-il possible? En d'autres termes, chacun de nous dispose-t-il de plus d'un mode de fonctionnement, et si tel est le cas, comment avoir accès à ces autres modes de fonctionnement? Lorsque l'on considère la stabilité dans le temps de nos comportements et celle de notre personnalité, on est tenté de répondre négativement à cette question. Pourtant, les pathologies psychiatriques, en particulier les psychoses affectives nous indiquent que certains sujets sont capables de vivre selon trois registres affectifs très différents: la dépression, l'euthymie et la manie.

Quelles seraient les caractéristiques du registre de fonctionnement ou du nouvel état d'équilibre que l'on souhaiterait pouvoir substituer au registre toxicomaniaque, pour obtenir une rémission à long terme? Il nous paraît important de poser cette question théorique car elle dirige implicitement les actions des soignants qui s'occupent des drogués.

Il n'y a vraisemblablement pas de réponse univoque à cette question, puisque celle-ci concerne les domaines sociaux, psychodynamiques et neurobiologiques et que chaque individu diffère des autres dans ces trois domaines. Cependant, vu l'urgence quotidienne que pose aux soignants l'existence des toxicomanies, il faut proposer des réponses, mêmes partielles. D'une façon générale, celles-ci doivent aller dans le sens de la substitution de la drogue par quelque chose qui génère également du plaisir, car la menace de désagréments mineurs ou majeurs ne motive que rarement les drogués à devenir abstinents.

Sur le plan social et psychodynamique, le travail des soignants est centré sur l'acquisition par le drogué d'une image de lui-même plus valorisante. Sur le plan neurobiologique, les techniques de relaxation, le sport, la diététique et l'explication au patient des mécanismes du stress peuvent jouer un rôle favorable, dont on ne comprend encore que très partiellement les mécanismes. Ceux-ci diffèrent vraisemblablement selon que le patient est par exemple extraverti ou intraverti ou plus ou moins sensible au stress de la vie quotidienne. Le traitement médicamenteux des états anxieux, dépressifs ou psychotiques concomitants a également sa place. En revanche, il n'y a pas de médicaments qui bloquent efficacement l'appétence aux drogues.

Chez l'animal, les neuroleptiques diminuent l'appétence aux opiacés ou aux amphétamines, mais cette observation tirée du laboratoire ne semble pas s'appliquer à l'homme. Les antidépresseurs agissant sur la sérotonine auraient une certaine utilité chez l'alcoolique chronique. La mécamylamine, un antagoniste des récepteurs à la nicotine, a été prescrite à des tabagiques. Mais dans l'ensemble, force est de constater que le praticien n'a pas à disposition des règles précises pour rédiger une ordonnance qui aide

réellement le toxicomane. Ceci s'explique par le fait que les drogues ne sont pas seulement des agents pharmacologiques pour lesquels il s'agirait de trouver des agonistes ou des antagonistes efficaces. En effet, les drogues ont une action polyvalente sur les systèmes d'autostimulation et de récompense, ceux de gestion du stress et de l'humeur, ceux de la mémoire et du conditionnement. Une meilleure compréhension de ces différents systèmes neurobiologiques ouvrira de nouvelles possibilités thérapeutiques, dans 10 ans ou dans 100 ans. Ces nouveaux traitements pourront potentialiser l'efficacité des mesures comportementales.

Le « chirurgien général » (Surgeon General) des Etats-Unis, M. Koop, a mis en garde les 51 millions de fumeurs de son pays, en déclarant que leur drogue les rend tout aussi dépendants que l'héroïne ou la cocaïne. Il estime que le tabac est responsable de 300.000 décès prématurés par an, à tel point qu'on peut se demander si ce ne devrait pas être l'une des priorités dans la lutte contre les substances induisant une dépendance. La proportion des rechutes avec la nicotine est à peu près la même que chez les alcooliques et les héroïnomanes. Tout ceci a conduit à des discussions, aux Etats-Unis et ailleurs, pour savoir si les prescriptions légales actuelles sont suffisantes.

On peut distinguer deux courants d'opinion principaux. Pour certains, il n'y a pas lieu de renforcer les lois sur la consommation de tabac et d'alcool, et il faudrait même décriminaliser l'usage des autres drogues. Leurs arguments sont de rappeler l'échec de la prohibition de l'alcool entre 1920 et 1933, de constater que la consommation du tabac est en diminution et de souligner que la criminalisation de l'usage des drogues a abouti à faire passer l'approvisionnement et la distribution de celles-ci dans les mains de la pègre. L'habileté de ces malfaiteurs a entraîné l'asservissement d'un nombre croissant de toxicomanes qui dépensent beaucoup d'argent dans un circuit échappant totalement au contrôle et aux taxes de l'état.

Les opposants à la décriminalisation des drogues dites « dures » reconnaissent le coût social et financier de ce problème mais ils considèrent qu'une décriminalisation ferait augmenter considérablement la proportion des toxicomanes.

L'objectif de réduire les conséquences désastreuses de la consommation de drogues n'est jamais contesté, mais les opinions quant aux moyens d'y parvenir sont donc fort divergentes.

Le plaisir, la formation des habitudes et la dépendance sont des problèmes humains généraux, dotés de racines biologiques. Si j'ai évoqué le sujet délicat de la décriminalisation des drogues, c'est pour souligner que la consommation de ces substances s'insère dans des problématiques sociales complexes. Face à l'échec partiel qu'on peut constater mondialement, l'interrogation à ce propos est toujours à recommencer. Les spécialistes dans ce domaine sont confrontés à quatre objectifs thérapeutiques. Le

premier, à savoir comment éviter à ses concitoyens de devenir des toxicomanes, le concerne dans la mesure où l'infrastructure et les mesures sociales sont au premier plan. Le deuxième est de soigner les symptômes de sevrage. Là, ce qu'on appelle l'arsenal thérapeutique est plus satisfaisant. Le troisième objectif est de prévenir les rechutes. Des progrès importants sont à faire dans ce domaine. Le quatrième objectif est de rechercher comment éviter certaines conséquences délétères des drogues chez les toxicomanes qui ne peuvent devenir abstinents. Cet objectif est largement méconnu, au point qu'il n'y a pas de recommandations officielles à ce sujet.

En conclusion, l'ubiquité et la permanence des comportements toxicomaniaques chez l'homme peuvent être frappantes. Si l'on se réfère aux considérations évoquées et à la présence de nombreuses substances endogènes ayant, telles les endorphines ou les catécholamines, un potentiel prouvé de pharmacodépendance, nous pourrions cependant plutôt nous étonner du nombre restreint d'individus qui vont au-delà de l'autostimulation bénéfique, vers les toxicomanies délétères. Nous sommes tous concernés par la recherche des paradis artificiels et nous devons nous interroger quant aux raisons psychologiques et sociales qui font que les toxicomanies sont en augmentation dans nos sociétés.

Bibliographie

- BARNES D.M. (1988), The biological tangle of drug addiction, *Science*, 241, 415-417.
- GREENBERG J. (1983), Natural highs in natural habitats, *Science News*, 124, 300-301.
- HEATH R.G. (1972), Pleasure and brain activity in man, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 154, 3-18.
- MOSS H.B. *et al.* (1986), Enhanced thyrotropin response to thyrotropin releasing hormone in boys at risk for development of alcoholism, *Archives of General Psychiatry*, 43, 1147-1142.
- NASHOLD B.S. *et al.* (1969), Sensations evoked by stimulation in the midbrain of man. *Journal of Neurosurgery*, 30, 14-24.
- OLDS J. and MILNER P. (1954), Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of brain, *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 47, 419-427.
- SCHUCKIT M.A. and GOLD E.O. (1988), A simultaneous evaluation of multiple markers of ethanol/placebo challenges in sons of alcoholics and controls, *Archives of General Psychiatry*, 45, 211-216.
- WISE R.A. and BOZARTH M.A. (1987), A psychomotor stimulant theory of addiction, *Psychological Review*, 94, 469-492.

TOXICOMANIE ET URGENCE

*P.-F. Unger**

Voilà vingt ans que le Dr Claude Olivenstein a décrit la toxicomanie comme résultant de l'intersection d'une personnalité, d'un moment socio-culturel, et de la rencontre d'un produit toxique. Ce modèle, permettant la compréhension de la toxicomanie, est toujours en vigueur, bien que ces vingt dernières années aient permis de mettre en évidence des changements qui touchent à chacun de ces trois volets.

Ces deux dernières décennies ont vu évoluer de manière spectaculaire les produits à disposition des toxicomanes. Si les drogues licites (alcool et tabac) restent de loin les plus fréquemment consommées, nous avons assisté à une évolution très considérable concernant la consommation de stupéfiants et de psychotropes. Il y a vingt ans, l'héroïne et la morphine étaient pratiquement les deux seules drogues dures utilisées par les toxicomanes, en association généralement avec des drogues hallucinogènes (LSD) ou euphorisantes (marijuana ou haschisch). Ces dernières années ont vu l'apparition sur le marché d'un nombre de substances tout à fait extraordinaire: dérivés des amphétamines, médicaments psychotropes, colles et solvants, sans oublier l'explosion très récente en Europe de la consommation de la cocaïne ou de ses dérivés (carck). Encore plus récemment, l'usage pharmacologique des opiacés, sous forme de méthadone, a augmenté de manière considérable, beaucoup de médecins étant prêts à administrer ce médicament afin d'éviter à leurs patients les injections d'héroïne dans le contexte de l'épidémie actuelle de SIDA.

* Médecin adjoint responsable du CMCE, Policlinique de Médecine, Hôpital cantonal universitaire de Genève, CH-1211 Genève 4.

Au niveau de l'individu, un certain nombre de choses a également changé. Si la tempête bio-psychologique de l'adolescence, accompagnée de la recherche de l'identité adulte et de l'autonomie est une constante à travers les âges, les communautés de la fin des années 60, réunies au nom d'une certaine convivialité et dont «paix et amour» était souvent la devise ont progressivement laissé place aux zonards des cités dortoirs, isolés dans une foule anonyme.

Quant au moment socio-culturel, il s'est également considérablement modifié par une augmentation inexorable du chômage dans les pays dits civilisés. En outre, déjà stigmatisés par un «look» bien particulier, beaucoup de toxicomanes sont devenus porteurs des signes extérieurs du SIDA, encore considéré par beaucoup comme un châtiment infligé à des sous-groupes déviants de la population.

Pour garder l'identité des trois volets décrits par Olivenstein, nous étudierons les problèmes de la toxicomanie et des urgences de la manière suivante: les urgences liées aux produits, les complications touchant à l'individu, et enfin les complications psychosociales.

Avant que de détailler chacun de ces points, voici quelques chiffres indicatifs de la fréquence de la répartition des différentes causes de consultation urgente chez les toxicomanes: surdosage 45% environ, sevrage et demande de médicaments 20% environ, troubles somatiques 15% environ, troubles psycho-pathologiques 15% environ, tentative de suicide 5% environ. Ces chiffres représentent les fréquences observées en 1987, la tendance actuelle montrant une diminution des consultations pour sevrage et demande de médicaments, en raison d'un marché extérieur très riche, alors qu'au contraire nous assistons à une considérable augmentation des consultations pour complications somatiques liées bien entendu au SIDA, mais également à la consommation récente de cocaïne.

Consultations d'urgence liées aux produits

Dans ce paragraphe, nous évoquerons successivement les problèmes liés au surdosage de la drogue puis ceux liés au sevrage de celle-ci.

Le surdosage en opiacés (héroïne, morphine, méthadone) induit une dépression du système nerveux central menant au coma, puis à l'arrêt respiratoire. Le diagnostic sera facilement évoqué face à un coma chez un patient jeune dont les pupilles sont en myosis serré. Les complications seront avant tout pulmonaires (œdème pulmonaire précoce ou tardif, bronchoaspiration) ou métaboliques (rhabdomyolyse). Le traitement de l'intoxication aux opiacés repose sur l'administration d'un naloxone (narcan 0,4 à 2 mg i.v. en push). En cas de complications respiratoires, il

conviendra éventuellement de pratiquer une assistance respiratoire pour combattre l'œdème pulmonaire ou une antibiothérapie en cas de bronchoaspiration. L'intoxication par les dépresseurs du système nerveux central (alcool, barbituriques, diazépines, neuroleptiques, tricycliques) amènera elle aussi des troubles de l'état de conscience pouvant aller jusqu'au coma, une dépression respiratoire, ainsi qu'une hypotension artérielle. En outre, l'alcool, les neuroleptiques et les tricycliques peuvent induire des crises d'épilepsie ou des troubles du rythme cardiaque. Le traitement consistera essentiellement en un soutien des fonctions vitales, un lavage gastrique, et, dans les cas les plus graves, à une hémoperfusion.

Les intoxications par les stimulants du système nerveux central (cocaïne, crack, amphétamines, ecstasy) ou les hallucinogènes (LSD, PCP, mescaline, champignons) peuvent induire une hypertension artérielle, une tachycardie, une mydriase, des sudations, une hyperthermie, des convulsions, des troubles du rythme, des infarctus, ou des troubles psychiatriques graves. Le traitement sera essentiellement symptomatique: bêtabloqueurs, anticonvulsivants, antipyrétiques, anxiolytiques.

Quant à l'intoxication par des solvants, il faudra se méfier de la toxicité neurologique et cardiaque immédiate et des complications toxiques d'organes au long cours, sous forme de neuropathies, d'atteintes rénale, hépatique ou médullaire.

Les différentes classes de médicaments que nous venons de citer peuvent également induire des complications lors d'un sevrage, à l'exception des solvants qui n'entraînent pas de syndrome de privation particulier. Pour les opiacés, on notera des myalgies, des arthralgies, une anxiété, une mydriase, une hypertension artérielle, parfois une épilepsie. Pour les dépresseurs du système nerveux central, l'agitation, l'anxiété, l'insomnie voire les délires domineront le tableau ; on pourra noter également des troubles digestifs, des crises d'épilepsie, ou un syndrome ressemblant au delirium tremens.

Lors du sevrage de stimulants du système nerveux central, les patients présenteront une irritabilité, une hypersomnie, une asténie et un cortège de symptômes dépressifs. Les mêmes symptômes seront rencontrés à l'occasion du sevrage de substances hallucinogènes.

Le traitement des syndromes de sevrage réside avant tout en un traitement symptomatique accompagné de mesures nutritionnelles adéquates (vitaminothérapie).

Urgences liées aux complications somatiques

Les urgences liées aux complications somatiques sont de plusieurs ordres: le plus généralement infectieuses, elles peuvent également être

cardiaques, neuropsychiatriques, traumatiques, ou sous la forme de morts subites.

Les complications somatiques infectieuses des toxicomanes seront revues en détail dans l'article de Mme Vuarembon-Restellini et ne seront que survolées dans cet exposé. Elles peuvent être virales: la plus connue d'entre elles est actuellement l'infection par le VIH (Virus d'immuno-déficience humaine) menant au SIDA, caractérisée par l'association de tumeurs insolites (sarcome de Kaposi, lymphome du système nerveux central) et d'infections opportunistes dont la liste serait trop longue pour être développée ici. Les autres atteintes virales fréquentes en cas de toxicomanie sont les hépatites: hépatite B, surinfection par l'agent delta, hépatite non A - non B. Ces hépatites peuvent prendre les mêmes formes que chez l'individu normal, et donc se manifester comme une hépatite aiguë, fulminante, chronique. En cas d'hépatite chronique, la forme agressive mène fréquemment à la cirrhose et au carcinome hépato-cellulaire. Les autres atteintes virales sont également fréquentes chez les toxicomanes, que ce soit l'atteinte par le cytomégalovirus, le virus d'Epstein-Barr, les virus du groupe herpès. La liste n'est bien sûr pas exhaustive. Les autres complications infectieuses des toxicomanes sont généralement bactériennes: il peut s'agir d'infections locales (abcès, phlébites, arthrites), générales (septicémies, endocardites, méningites, abcès cérébraux, ostéomyélites, abcès splanchniques). Il faut également penser chez les toxicomanes à la tuberculose en raison de la coexistence fréquente de la toxicomanie et de conditions d'hygiène médiocres, de même qu'aux maladies sexuellement transmissibles liées elles aussi au manque d'hygiène ou à la prostitution. Enfin, il ne faut jamais oublier la possibilité pour un toxicomane de développer un tétanos à partir d'un site d'injection. Toutes les infections bactériennes des toxicomanes sont des infections qui ne se différencient pas des mêmes infections chez des patients non-toxicomanes, à l'exception de l'endocardite qui revêt des caractéristiques particulières par l'absence de maladie cardiaque sous-jacente, par la fréquence de l'atteinte tricuspидienne (environ 50%) expliquant la grande fréquence des atteintes septiques pulmonaires et la rareté des signes neurologiques ou périphériques d'endocardite classique, ainsi que par la microbiologie puisque 50% des endocardites du toxicomane sont liées à la présence de staphylocoques dorés, 20% à la présence de streptocoques ou d'entérocoques, 20% à des infections par des bacilles Gram négatifs, alors que 10% environ des endocardites du toxicomane sont liées à la présence de *Candida albicans*.

Les consultations d'urgence liées à des problèmes somatiques peuvent également avoir des causes cardiovasculaires: celles-ci sont en nette progression avec l'augmentation de la consommation de cocaïne et d'amphétamines au cours de ces dernières années. L'hypertension artérielle, les trou-

bles du rythme, sont fréquemment rencontrés au cours des intoxications aiguës par les stimulants du système nerveux central. Ces substances peuvent également induire des vasospasmes coronariens. C'est ainsi que, devant un patient jeune, présentant une douleur angineuse, l'anamnèse devra rechercher systématiquement la consommation de cocaïne ou d'autres stimulants du système nerveux central. Enfin, il existe des complications plus rares telle l'hypertension pulmonaire secondaire à une talcose ou à une hypertension pulmonaire sur corps étranger.

Un autre groupe d'urgences somatiques chez les toxicomanes est représenté par les urgences neuropsychiatriques. Ces urgences peuvent être là encore liées à la substance (psychose, délire, épilepsie, neuropathie); elles peuvent être liées au SIDA: méningo-encéphalite liée au HIV, lymphome du système nerveux central, encéphalites et méningites de tous types, leuco-encéphalopathie multifocale progressive menant à la démence. Enfin, il ne faut pas sous-estimer les urgences psychologiques liées à l'anxiété des toxicomanes séro-positifs.

D'autres complications somatiques sont rencontrées chez le toxicomane en urgence: si l'influence de l'alcool est bien connue dans les accidents de circulation (entre 30 et 50% des cas suivant les pays), l'influence des autres drogues dans la genèse des accidents est probablement sous-estimée. Les traumatismes peuvent revêtir tous les types des traumatismes habituels, que ce soit des accidents de circulation, des accidents domestiques ou des accidents de sport.

Le dernier type de complications somatiques liées à la toxicomanie est représenté par les morts subites. Il y a eu entre le 1^{er} janvier 1988 et le 27 septembre 1988, 25 morts par overdose dans le Canton de Genève. Ce chiffre, officiel, sous-estime probablement le nombre de morts subites réelles liées à la toxicomanie. Ces morts sont le plus généralement dues à un arrêt respiratoire dans le cadre d'une intoxication aux opiacés, mais peuvent également être liées à des troubles du rythme cardiaque ou à des infarctus lors d'un usage excessif de cocaïne ou d'amphétamines; elles peuvent enfin être le résultat d'un choc anaphylactique sur l'injection de substances impures par voie intraveineuse.

Complications psychosociales

Les complications psychosociales de la toxicomanie représentent pour elles-mêmes la matière à plusieurs chapitres. Néanmoins, et dans des situations d'urgence, nous sommes confrontés aux drames familiaux que déclenche la révélation d'une toxicomanie encore méconnue, aux tentatives de suicide qui sont l'aboutissement soit de psychopathologies complexes,

soit d'une prise de conscience désespérée d'une situation que l'on imagine insoluble. Nous sommes également confrontés très régulièrement aux problèmes entraînés par la délinquance, la prostitution voire la violence en général.

On aura pu constater dans ce bref survol des problèmes urgents liés à la toxicomanie, la complexité des différentes pathologies, qui, de plus, sont souvent intriquées chez les toxicomanes. C'est la raison pour laquelle nous pensons que le Service des Urgences, où l'on dispose d'une équipe multidisciplinaire, permet la prise en charge des toxicomanes lors de toutes les situations d'urgence dans une unité de temps et de lieu. Le CMCE met à disposition des toxicomanes des médecins compétents en traumatologie, en maladies infectieuses, en neurologie, en psychiatrie, en cardiologie. Il met également à disposition des toxicomanes un service social. Nous estimons donc que le Service des urgences permet une synthèse rapide de problèmes souvent intriqués, préalablement à la décision d'adresser le patient vers le lieu de soins le plus adéquat après la prise en charge des problèmes les plus urgents.

TOXICOMANIE ET SIDA: ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES, PSYCHOSOCIAUX ET ÉTHIQUES EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

*T.-W. Harding**

1. Introduction

L'ambivalence fondamentale des sociétés industrialisées envers le toxicomane est illustrée par l'augmentation progressive du nombre de toxicomanes en milieu carcéral et l'impasse thérapeutique des services médicaux pénitentiaires face au problème. Un réseau complexe de protocoles et de conventions internationales, ainsi que de lois nationales, ont été mis en place, si bien que la consommation des stupéfiants est elle-même criminalisée. Par ailleurs, les comportements antisociaux associés à la dépendance aux stupéfiants placent le toxicomane en conflit avec les normes sociales et l'amènent à la prison. ainsi, un phénomène général s'installe avec la criminalisation et la carcéralisation du toxicomane. Il en résulte que la plus grande concentration de toxicomanes se trouvent en prison.

En 1974, à Genève, on comptait un toxicomane pour huit détenus alors que déjà en 1975, ce rapport a passé à un pour trois (1). Cette augmentation reflète un phénomène qui a touché tous les pays d'Europe occidentale. Au Danemark, par exemple, la proportion de toxicomanes dans la population carcérale a passé de 2% en 1973 à près de 40% au début des années 1980. Ainsi, à Milan, pour environ 2000 entrées annuelles, 10 à 15% demandent une aide spécifique pour un problème de toxicomanie, et aux Pays-Bas, 20 à 30% des détenus sont héroïnomanes (2). A Fleury Mérogis (France), une enquête menée en 1985 recense à 27% des entrants la populations toxicomane.

En contrepartie, les autorités essaient d'équilibrer et de nuancer la répression comme réponse à la toxicomanie avec des dispositions légales et

* Médecin, chargé de cours, Institut Universitaire de Médecine Légale, 9 av. Champel, CH-1206 Genève.

des programmes thérapeutiques. Au niveau international, on organise des réunions d'experts comme par exemple :

- La Drogue et la Prison, Séminaire international à Messine en 1982;
- Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1987;
- Groupe de travail de l'Organisation Mondiale de la Santé sur la prise en charge du toxicomane en prison (La Haye, 1988).

Dans la prison, on demande aux services médicaux de faire l'impossible: soigner, accompagner et traiter des personnes qui sont foncièrement opposées à leur incarcération. Au mieux, la médecine pénitentiaire offre un *sevrage physique* dans des bonnes conditions (quoiqu'un sevrage imposé dans une situation de conflit n'est guère facile à gérer), des soins de *médecine somatique* pour les multiples problèmes médicaux présentés par les toxicomanes et un aiguillage vers des programmes thérapeutiques institutionnels ou ambulatoires à la sortie.

A la prison de Champ-Dollon depuis 1980, entre 8% et 10% des entrées font l'objet d'une cure dégressive à la méthadone. Par ailleurs, les toxicomanes sont de grands consommateurs de soins somatiques et dentaires. La consultation psychiatrique, cependant, ne reçoit qu'un petit nombre de toxicomanes. Bien que ces prestations soient réelles et appréciées, notre bilan global de la prise en charge du toxicomane en prison est essentiellement négatif. Le phénomène de dépendance aux benzodiazépines à l'intérieur de la prison est inquiétant. La proportion de toxicomanes qui optent pour une voie thérapeutique à la prison ou à la sortie est très faible. La rechute toxicomaniaque est quasiment constante avec un risque élevé de décès dans les semaines qui suivent la sortie (3).

La pandémie du SIDA sert à mettre en relief et souligne les difficultés de prises en charge médico-sociales des toxicomanes en milieu carcéral. Il est essentiel de comprendre que ces difficultés existaient déjà avant le problème du SIDA. C'est grâce au SIDA que l'enjeu épidémiologique et sanitaire de la population carcérale a été reconnu.

Le phénomène de la toxicomanie est difficile à mesurer, à apprécier, à étudier dans la collectivité. La marginalisation du toxicomane, sa révolte contre les autorités et les services publics, sa mobilité, l'ambivalence des autorités envers lui font que le phénomène échappe aux méthodes classiques d'étude épidémiologique. Aux Etats-Unis, les programmes d'entretien à la méthadone, organisés par les services officiels sur une grande échelle à partir de 1970, ont offert un champ d'observation exploité par beaucoup d'épidémiologues. Dans d'autres pays où la prison sert comme instrument de contrôle social du toxicomane, elle est devenue le lieu privilégié d'observation.

C'est donc à travers la population carcérale que les phénomènes de l'infection HIV et du SIDA ont été définis et quantifiés.

2. La toxicomanie comme comportement à risque

L'usage de drogues par voie intraveineuse est le second mode de transmission du SIDA. Des études rétrospectives sur des échantillons de sérums qui avaient été conservés révèlent qu'en 1982-1983 dans plusieurs pays d'Europe une proportion significative de toxicomanes intraveineux étaient déjà infectés par le virus HIV. Toutefois, en Europe, ce n'est qu'en 1985 que l'on a clairement établi l'importance de l'épidémie chez les toxicomanes. Diverses études ont montré que 50 à 80 % des toxicomanes prenant régulièrement de la drogue par voie intraveineuse étaient porteur d'anticorps du virus du SIDA (séropositifs anti-HIV). Cependant, dans d'autres études, la proportion est moins élevée. En 1986 et 1987, on a fait état de très nombreux cas de SIDA chez des toxicomanes.

Les usagers de drogues par voie intraveineuse sont considérablement désavantagés en tant que groupe par rapport à la communauté homosexuelle. Marginaux, socialement dévalorisés et sans réseau de soutien efficace, ils risquent de souffrir beaucoup plus de la crainte et de l'ignorance, du défaitisme, des réactions extrémistes et de la discrimination qui menacent les personnes contaminées, comme l'indiquait le Dr Halfdan Mahler, directeur général de l'OMS, le 20 octobre 1987.

Les toxicomanes cumulent de multiples handicaps personnels, sociaux et médicaux :

1. les difficultés sous-jacentes qui les ont conduits à prendre de la drogue (troubles de la personnalité, problèmes familiaux, pathologie psychiatrique);
2. des handicaps sociaux et économiques: chômage, pauvreté, endettement, absence de logement;
3. des démêlés avec la justice: harcèlement par la police, arrestations répétées, peines de détention pour des délits mineurs répétés, trafic de drogues et, parfois, délits plus graves;
4. des complications médicales: hépatites, abcès, septicémie et de nombreux autres problèmes.

Par conséquent, alors que la communauté homosexuelle vit l'épidémie de SIDA comme une menace dramatique pour son existence en tant que groupe relativement bien intégré et fonctionnant socialement, pour les

toxicomanes par voie intraveineuse, le SIDA n'est qu'un problème supplémentaire qui s'ajoute à tous leurs ennuis sociaux et médicaux. Un jeune toxicomane risque déjà la mort par surdose, hépatite ou septicémie. Il connaît déjà la marginalité et la discrimination. Le SIDA renforce une image publique négative («ils n'ont que ce qu'ils méritent») et ajoute une nouvelle perspective de souffrance et de mort pour ceux que des tragédies personnelles ont déjà conduit à détruire leur santé et à risquer la mort tous les jours.

De ce fait, en matière de SIDA, on ne s'adresse pas aux toxicomanes comme aux homosexuels ou au reste de la population. C'est en prison que la différence apparaît la plus évidente. L'ambivalence et l'échec implicite de la réponse carcérale au problème de la toxicomanie créent des conditions peu favorables pour s'attaquer aux réalités de l'épidémie de SIDA. La prison engendre la méfiance, les tensions, l'humiliation, le doute et le mépris de soi. Le stress de l'expérience carcérale entraîne fréquemment, par réaction, des états d'angoisse, de dépression et des tentatives de suicide, à un taux beaucoup plus élevé que dans l'ensemble de la population.

Pourtant, c'est en prison que l'on trouve de très nombreux cas de SIDA et qu'il faut lutter contre cette épidémie. Si on extrapole les données concernant la séropositivité des toxicomanes intraveineux et la proportion des toxicomanes intraveineux dans la population carcérale, on voit clairement que la population carcérale a un taux de séropositivité bien supérieur à celui de n'importe quelle autre collectivité. Cette conclusion, fondée sur une extrapolation statistique, est confirmée par les observations épidémiologiques effectuées dans les prisons (Tableau I).

Tableau I: Population carcérale et séropositivité anti-HIV chez les détenus en Europe.

	Nombre de détenus	Anti-HIV+ (%)
Autriche	8.000	2
R.F.A.	53.000	5
France	50.000	13
Italie.	42.000	17
Irlande	2.000	2
Luxembourg	300	3
Portugal	8.000	0,1
Espagne	25.000	25,7
Suisse	3.500	11

En outre, des cas de SIDA se déclarent maintenant régulièrement dans les prisons et le nombre des malades va vraisemblablement beaucoup augmenter au cours de ces prochaines années. Les services médicaux et les

hôpitaux des établissements pénitentiaires ne sont pas équipés pour faire face à ce nouveau problème.

Il est donc clair qu'une stratégie cohérente s'impose pour lutter contre l'épidémie de SIDA en milieu carcéral. Cette stratégie doit s'attaquer de manière adéquate aux aspects suivants :

- a) les considérations de santé publique, en limitant la propagation de l'épidémie tant dans le milieu carcéral, qu'après la libération des détenus qui doivent éviter de transmettre la maladie par des contacts sexuels, par la contamination par voie intraveineuse ou par la grossesse;
- b) les aspects humains, en prévenant les craintes et les mouvements de panique irrationnels chez les détenus et le personnel, qui sont des facteurs de ségrégation et de discrimination, en offrant des conseils et une aide aux détenus séropositifs et en dispensant des soins d'une haute qualité dans des conditions humaines aux détenus malades du SIDA.

Dans l'élaboration de cette stratégie, il faut tenir compte d'un facteur important qui est la diversité des réponses individuelles des détenus toxicomanes :

- i. en ce qui concerne le dépistage, certains détenus demandent immédiatement un dépistage alors que d'autres (probablement une minorité) préfèrent ne pas savoir;
- ii. certains détenus, en apprenant qu'ils sont séropositifs, acceptent la situation avec une relative sérénité; d'autres ont des réactions fortes d'angoisse et n'arrivent pas à le croire. L'angoisse est liée aux diverses conséquences que la séropositivité aura sur leur vie personnelle: espérance de vie, relations sexuelles et impossibilité d'avoir des enfants;
- iii. peu de toxicomanes, parmi la «minorité séronégative», semblent prêts à abandonner la drogue, bien qu'ils acceptent l'idée d'employer un matériel d'injection propre;
- iv. des détenus séropositifs expriment parfois des réactions antisociales: par exemple, ils refusent d'envisager de prendre des précautions lors de relations sexuelles, ils se disent prêts à se prostituer pour gagner de l'argent; dans les cas extrêmes, ils peuvent faire un chantage au risque de contagion, par exemple en menaçant de mordre lorsqu'ils sont frustrés et furieux.

En dépit des problèmes et des caractéristiques propres à l'épidémie de SIDA en milieu carcéral, le principe fondamental de la stratégie de lutte contre le SIDA doit être d'adopter, en milieu carcéral, des mesures équivalentes à celles prises dans l'ensemble de la collectivité. Ces mesures tiendront compte du « pontage épidémiologique » possible que représentent, en milieu carcéral, les relations homosexuelles dans lesquelles un des partenaires est séropositif.

Les modes de transmission du virus HIV sont peu nombreux, aussi l'épidémie pourrait-elle avoir des limites naturelles déterminées par des schémas comportementaux humains. Pour passer d'un compartiment à l'autre, le HIV a besoin d'un « pontage » épidémiologique, par exemple :

- des toxicomanes intraveineux qui sont aussi des prostitués (hommes et femmes);
- comportement homosexuel induit en milieu carcéral chez le toxicomane.

Ce phénomène de pontage serait responsable d'une évolution des plus inquiétantes de l'épidémie : non seulement le nombre des séropositifs continue d'augmenter très rapidement, mais l'épidémie commenceraient également à sortir des compartiments relativement étanches dans lesquels elle se cantonnait jusqu'à présent.

3. Le SIDA en milieu carcéral

3.1. *La reconnaissance du problème*

Lorsque l'épidémie de SIDA s'est déclarée, on n'a pas tardé à se rendre compte que les prisons ne seraient pas épargnées par la maladie. Des cas isolés furent signalés dans plusieurs établissements pénitentiaires des Etats-Unis en 1983 et 1984. Cependant, c'est seulement lorsque l'on prit conscience de l'importance comme groupe à haut risque des toxicomanes intraveineux, qu'il devint évident que le risque de contamination par le HIV était considérablement plus élevé dans la population carcérale que dans la population générale. En 1985, des mouvements de panique (tant chez les détenus que dans le personnel pénitentiaire) engendrèrent des désordres dans des prisons en Belgique, en France et en Allemagne. Ailleurs, l'inquiétude était générale. Les administrations pénitentiaires posèrent un certain nombre de questions spécifiques :

1. Dans quelles conditions le SIDA se transmet-il? Et notamment, quels sont les risques que comportent :
 - le partage d'une cellule;
 - le contact physique;
 - le contact avec le sang et les sécrétions;
 - le travail de détenus séropositifs dans les cuisines, ou dans les fermes et ateliers pénitentiaires;
 - les contacts avec les séropositifs pour le personnel médical pénitentiaire.
2. Est-il nécessaire de pratiquer un dépistage anti-HIV chez tous les détenus?
3. Est-il nécessaire d'isoler les détenus séropositifs?
4. Comment faut-il traiter les détenus atteints du SIDA?
5. Quelles sont les mesures prophylactiques à prendre en milieu carcéral?
6. Quelle est la responsabilité de l'administration pénitentiaire eu égard au SIDA?

3.2. **La situation présente**

A la demande du Secrétariat Général du Conseil de l'Europe, une étude comparative a été entreprise sur les problèmes que pose le SIDA aux administrations pénitentiaires. Dix-sept pays ont répondu à cette demande d'information, et les résultats ont fait l'objet d'une publication (4).

Les résultats concernant le nombre des détenus porteurs d'anticorps anti-HIV (séropositifs) et celui des malades atteints du SIDA figurent dans le Tableau I. Il faut d'abord préciser que les données obtenues ne sont pas tout à fait comparables, car elles ont été recueillies de manière différente. Dans plusieurs pays (Autriche, République Fédérale d'Allemagne, France et Suisse), les données ne sont pas centralisées. Parfois elles font défaut en raison du secret médical (comme en Autriche où une loi récente interdit expressément à tout médecin de communiquer les résultats d'un dépistage anti-HIV à des tiers).

Dans deux pays, des études à échelle réduite ont donné une idée de la prévalence des séropositifs. En Suisse, une analyse transversale des résultats d'un dépistage pratiqué dans cinq prisons pour adultes indique une prévalence de 11 % de séropositifs. (La même étude donne aussi le résultat, nul, d'un dépistage anti-HIV concernant 189 membres du *personnel* de sept établissements pénitentiaires.) En France, l'on a testé 500 entrants consécutifs

d'une même prison, et 12,6% d'entre eux se sont révélés séropositifs. Toujours en France, dans un échantillon de 113 détenus toxicomanes intraveineux, on a constaté 61% de séropositifs; un pourcentage analogue a été signalé dans une prison de Bordeaux. Ces chiffres donnent à penser que le taux global de séropositivité en milieu carcéral dépend largement de la proportion de détenus toxicomanes. Un médecin pénitentiaire français a calculé que le taux de séropositivité de la population carcérale est de 50 à 200 fois plus élevé que celui de la population générale.

Les données fournies par l'Italie et l'Espagne corroborent les résultats inquiétants des études à échelle réduite réalisées en France et en Suisse. En Italie, où tous les nouveaux entrants sont soumis à un dépistage anti-HIV, le taux de séropositivité était de 16,8%. En Espagne où seuls les détenus appartenant à des groupes à risque sont testés, ce taux atteignait presque 26%.

Le pourcentage relativement faible enregistré au Luxembourg 2,1% et l'absence virtuelle de cas de séropositivité à Chypre et au Portugal semblent fondés sur un dépistage fiable. L'on peut donc en déduire que leurs prisons ne sont pas encore contaminées au même degré que celles des autres pays, et ceci peut-être en raison d'un taux d'infection HIV peu élevé dans la population générale et/ou d'une proportion plus faible de détenus toxicomanes intraveineux.

Le chiffre extrêmement bas indiqué pour l'Angleterre et le Pays de Galles est étonnant, quand on sait le nombre important de détenus toxicomanes présents dans les prisons anglaises et galloises. Il est donc vraisemblablement fondé sur un très faible taux de dépistage.

De manière générale, les résultats de cette enquête ont confirmé ce que l'on pressentait, à savoir que la population carcérale présente un taux de séropositivité extraordinairement élevé par rapport à celui de la population générale. Les toxicomanes utilisant la voie intraveineuse ne sont pas seuls en cause, même s'ils constituent un facteur de risque majeur. Un pourcentage important de détenues peut aussi être contaminé, parce que ce sont très souvent des prostituées. Des données concernant l'Italie permettent de penser que pour 17 à 15% des détenues séropositives, le facteur du risque était davantage la prostitution que la toxicomanie intraveineuse. Sur la base de ces résultats, on peut raisonnablement estimer que le taux de prévalence globale de la séropositivité dans les prisons des Etats membres du Conseil de l'Europe excède 10%.

En ce qui concerne les détenus atteints du SIDA, seuls deux pays indiquent des chiffres, 10 pour l'Italie, 22 pour l'Espagne. Si l'extrapolation effectuée à partir des données partielles à la séropositivité est correcte, le nombre des cas de SIDA dans la population carcérale augmentera considérablement dans les trois ou quatre prochaines années.

Cette prévision semble confirmée par ce qui s'est passé en 1987 dans la prison de Genève et son service médical. On y avait identifié un nombre important de détenus séropositifs à la suite d'un dépistage volontaire, soit environ 15 % de la population carcérale, et plusieurs cas de syndrome ARC avaient été diagnostiqués. Au début de 1987, les premiers cas de SIDA se sont déclarés chez des détenus et il a fallu faire face aux difficiles problèmes éthiques et humanitaires que représentent les soins à des jeunes gens mourant dans un univers carcéral.

3.3. Mesures mises en œuvre: dépistage, gestion des séropositifs et des détenus atteints du SIDA

Dans leurs réponses, les 17 Etats membres ont également fourni des informations sur les mesures de lutte contre le SIDA prises dans les prisons.

En matière de dépistage, la formule la plus courante prévoit le contrôle (librement consenti) de tous les détenus appartenant à des groupes à risque, et celui des autres détenus à leur demande (12 pays). Dans trois pays, seuls les détenus qui en font la demande sont soumis à une analyse, et il n'y a pas de dépistage systématique des groupes à risque. Deux pays (Luxembourg et Italie) font subir une analyse à tous les entrants. Le Portugal pratique un dépistage systématique pour tous les détenus. Au Luxembourg et à Chypre, les groupes à risque sont soumis à des analyses périodiques.

Dans certains pays, il est clair que l'administration pénitentiaire exige de ses médecins qu'ils indiquent quels sont les détenus séropositifs; cette information permet aux autorités pénitentiaires de prendre des «mesures spéciales», en Belgique, en Grèce, en Irlande, au Luxembourg, au Portugal et en République Fédérale d'Allemagne.

Les détenus séropositifs ne font l'objet d'aucune disposition spéciale dans six pays (Autriche, Danemark, Espagne, France, Italie et Suisse). Il en est de même en Norvège où toutefois les détenus séropositifs violents peuvent être séparés des autres détenus. En Belgique, les détenus séropositifs sont logés dans des cellules individuelles, comme en République Fédérale d'Allemagne où on leur interdit en outre l'accès des cuisines et de certains ateliers dans lesquels le risque de blessure est élevé. Au Royaume-Uni, les séropositifs peuvent être séparés des autres détenus «pour des raisons administratives». Les dispositions les plus rigoureuses sont celles du Portugal, qui prévoient l'isolement total des séropositifs dont il faut souligner cependant le très petit nombre.

Les mesures prises en matière de dépistage et de gestion des détenus séropositifs varient donc considérablement selon les pays. Dès lors que l'on croit devoir imposer certaines restrictions aux détenus séropositifs (cellules

individuelles, exclusion de certains ateliers, etc.), le dépistage systématique se justifie. En revanche, il est tout à fait inutile, si l'on prévoit aucune mesure particulière.

Dans deux pays, et c'est là un point intéressant à noter, les décisions relatives à la gestion des détenus séropositifs ne sont pas entièrement fondées sur des considérations d'ordre médical. En République Fédérale d'Allemagne, les séropositifs sont exclus de certaines activités, comme le travail dans les cuisines, «pour ne pas troubler leurs co-détenus», qui pourraient croire à une possibilité d'infection, «même si elle n'existe pas». En Angleterre et au Pays de Galles, la mise à l'écart des séropositifs peut être décidée pour des «raisons administratives», c'est-à-dire pour éviter des réactions de panique chez les autres détenus et les gardiens.

S'agissant des mesures prises à l'égard des détenus atteints du SIDA, six pays indiquent que les malades sont traités dans des hôpitaux non pénitentiaires. En France, ils peuvent être dirigés sur le service spécialisé du centre hospitalier pénitentiaire de Fresnes. Deux pays (la République Fédérale d'Allemagne et la Norvège) font état d'une possibilité de libération anticipée desdits malades.

Dans plusieurs pays, on souligne la nécessité d'informer les sujets séropositifs du résultat des tests et des conséquences qu'implique la séropositivité sur leur mode de vie. En Autriche, la loi sur le SIDA stipule que tous les médecins sont tenus d'informer leurs patients.

En Espagne, les détenus séropositifs reçoivent des conseils fondés sur les recommandations de l'OMS relatives à la prophylaxie. On insiste sur la nécessité d'utiliser des préservatifs pour tout rapport sexuel, et les détenus peuvent s'en procurer à l'intérieur de la prison.

Au Luxembourg, des informations détaillées sont communiquées aux détenus séropositifs concernant la séropositivité et les modes de transmission du virus. On met l'accent sur la responsabilité individuelle eu égard à la propagation de l'infection. Ainsi par exemple, le détenu est laissé libre d'informer ou non ses compagnons de son état.

En Suisse, l'Office fédéral de la Santé prévoit que les services médicaux pénitentiaires assurent l'information des détenus séropositifs. On souligne l'importance d'un soutien psychologique, notamment pour prévenir une éventuelle tentative de suicide consécutive à l'annonce d'un résultat positif. Selon les règles édictées par l'Office fédéral suisse de la Santé, des préservatifs doivent être mis à la disposition des prisonniers. Dans la prison de Genève, tous les détenus (et pas seulement les séropositifs) peuvent se procurer gratuitement des préservatifs auprès du Service médical. Les recommandations suisses soulèvent aussi le problème de la distribution de matériel d'injection stérile (seringues et aiguilles) aux détenus toxicomanes. En effet, on sait que certains d'entre eux continuent à se droguer et utilisent

souvent du matériel souillé. Pourtant, cette mesure a été jugée inapplicable en milieu carcéral pour des raisons d'ordre pratique et juridique.

Plusieurs pays font état de la nécessité d'informer l'ensemble des détenus sur les mesures préventives de lutte contre le SIDA. En Belgique, à Chypre, en Italie, en République Fédérale d'Allemagne et en Suisse, tous les nouveaux entrants reçoivent une information écrite, élaborée par (ou en collaboration avec) l'administration nationale de la santé. Une documentation analogue est distribuée au personnel pénitentiaire. Dans les deux cas, il s'agit de rassurer quant au risque de contamination par le HIV en milieu carcéral, tout en avertissant du danger des contacts sexuels entre détenus et de l'usage de drogues par voie intraveineuse. Ces textes comprennent également des consignes relatives au nettoyage du sang ou autre liquide biologique.

4. Les réactions psychologiques

Le SIDA a un énorme impact psychologique sur la population. Il existe chez des individus parfaitement sains une véritable phobie du SIDA. Ceux qui sont plus directement menacés, parce qu'ils ont un comportement à haut risque, ont une réaction normale de peur non seulement pour eux-mêmes mais aussi pour leurs partenaires sexuels et leurs enfants.

Les personnes auxquelles on annonce qu'elles sont séropositives commencent typiquement par refuser le diagnostic. Certaines demandent que le test soit renouvelé. Suit alors une période d'instabilité émotionnelle qui s'accompagne d'un besoin urgent de s'exprimer et de discuter. Parfois survient une dépression aiguë avec tentatives de suicide. Apprendre que l'on est séropositif est particulièrement difficile lorsqu'on est en prison, car on ne bénéficie pas du soutien des amis et de la famille. Généralement, les détenus ont les réactions typiques suivantes :

— Des mécanismes de défense:

- «Tout le monde doit mourir un jour ou l'autre»;
- «Je suis résistant, je serai plus fort que le virus»;
- «On trouvera bientôt un traitement»;
- «L'épidémie est exagérée».

— Le fatalisme:

- «Ma vie était déjà fichue»;
- «Le SIDA est la dernière de mes préoccupations»;
- «Si je dois mourir... pourquoi pas?».

— *La culpabilité:*

notamment à l'égard des anciens partenaires sexuels et des enfants à naître.

— *La colère:*

«Si je suis séropositif, tant pis si je contamine mes partenaires».

Certains détenus menacent de mordre ou même d'attaquer des personnes avec une seringue remplie de leur sang. Ce genre d'incident exceptionnel est abondamment commenté et grossi par la presse et contribue à faire croire que les détenus séropositifs sont dangereux. Quoi qu'il en soit, dans la majorité des cas, la séropositivité entraîne un état dépressif et un sentiment de culpabilité.

Le désespoir, causé par l'éventualité d'une espérance de vie raccourcie, s'augmente chez les détenus d'un sentiment d'injustice et d'impuissance: «S'il ne me reste que quelques années à vivre, pourquoi dois-je les passer en prison?» D'autres expriment également la crainte d'attraper le SIDA pendant leur détention. D'autres détenus acceptent l'idée d'une mort prématurée avec fatalisme mais sont bouleversés à la pensée de ne pas pouvoir avoir d'enfant.

Mais l'expérience la plus pénible pour les détenus séropositifs est la peur qu'ils inspirent aux gardiens, à leurs co-détenus et à leur famille et toutes les manifestations de rejet de leur entourage.

5. L'importance particulière du SIDA en milieu carcéral

Les prisons pourraient bien occuper une position clé dans le combat général contre le SIDA. De fait, elles présentent une «situation de pontage» où un nombre considérable de toxicomanes intraveineux (dont un pourcentage important est probablement séropositif) ont, selon toute vraisemblance, des relations homosexuelles de temps à autre. On ne connaît pas la fréquence ni le type de ces relations en milieu carcéral. Néanmoins, d'après ce que l'on peut apprendre des prisonniers à l'occasion, le rapport sexuel anal et oro-génital est, semble-t-il, assez fréquent, même entre des détenus qui ont une activité hétérosexuelle hors de la prison. Ainsi, le comportement homosexuel induit par la prison constitue un «pont» entre un groupe à haut risque connu (les toxicomanes intraveineux) et des personnes susceptibles d'être ultérieurement une source d'infection par leurs rapports hétérosexuels. Ce phénomène de pontage peut jouer un rôle non négligeable dans la propagation de l'épidémie, il est donc capital d'y mettre un frein.

Le fait qu'il soit possible d'imposer des contrôles beaucoup plus stricts en prison que dans le reste de la collectivité a amené à suggérer des mesures draconiennes pour limiter la diffusion du virus HIV. Cette politique implique le dépistage obligatoire de tous les détenus. On peut défendre cette approche « paternaliste » en arguant que les autorités de la prison sont directement responsables de la protection des détenus contre les conséquences de la promiscuité; dans les prisons, le risque de viol homosexuel est élevé. Néanmoins, on a l'impression nette que les partisans d'un dépistage systématique et obligatoire des détenus cherchent des boucs émissaires pour des raisons politiques. Si le risque de viol homosexuel est important dans les prisons, c'est une bonne raison pour améliorer les conditions de vie des détenus et le nombre des gardiens, éviter le surpeuplement et proposer des activités aux détenus plutôt que d'imposer un dépistage obligatoire n'offrant aucune garantie de confidentialité.

Pour des raisons tant pratiques qu'éthiques, le programme spécifique de lutte contre le SIDA en milieu carcéral doit s'inspirer très largement de la stratégie adoptée dans la communauté en général. Cela implique une approche privilégiant la responsabilité individuelle, qui traite chaque détenu comme un être autonome, personnellement responsable de sa santé et des conséquences de son comportement. Cette approche suppose que l'on informe les détenus sur le risque du SIDA et qu'on leur donne la possibilité de prendre des mesures prophylactiques. L'action préventive ne doit plus être axée sur les seuls séropositifs, comme c'était le cas jusqu'à présent. Tous les détenus sont dorénavant concernés et les conseils qu'ils reçoivent doivent être valables non seulement pendant leur détention mais aussi après leur libération.

Pour lutter contre le SIDA en milieu carcéral et prévenir des craintes injustifiées et des réactions inadaptées de la part du personnel des établissements pénitentiaires ou des détenus, les mesures concrètes suivantes s'imposent (5):

1. Il faut informer l'ensemble du personnel pénitentiaire sur le SIDA et les autres maladies transmissibles, et prévoir des mises à jour régulières de cette information.
2. Il faut distribuer aux détenus une information écrite (avec des versions en langues étrangères) sur le SIDA et notamment sur les risques que présentent les rapports homosexuels en prison et l'usage de drogues par voie intraveineuse. Cette information sera liée à une information plus générale sur les autres maladies transmissibles et sur la promotion de la santé.

3. Les détenus doivent pouvoir se procurer des préservatifs, sur demande, d'une part lorsqu'ils peuvent avoir l'occasion de rapports homosexuels en prison, d'autre part avant chaque congé et avant leur libération définitive.
4. Il faut prendre des mesures énergiques pour empêcher l'introduction et l'utilisation frauduleuse de seringues et d'aiguilles dans les prisons. Les toxicomanes intraveineux doivent recevoir, avant leur libération, une information détaillée sur les risques d'infection due à l'utilisation de matériel d'injection souillé et les moyens d'éviter ladite infection.
5. Tous les détenus qui en font la demande doivent pouvoir bénéficier de tests de détection des anticorps anti-HIV (cette disposition doit figurer dans l'information écrite qui est distribuée lors de l'admission). Le dépistage doit être précédé d'un entretien visant à préparer le détenu à accueillir les résultats dans un milieu où les soutiens sociaux normaux sont absents. Les résultats doivent être communiqués au détenu par le personnel médical. Ils ne seront pas communiqués à l'administration ni aux autorités judiciaires, sauf si le détenu le demande expressément. Si le résultat est positif, le détenu doit avoir, par la suite, la possibilité de s'entretenir avec le personnel médical à propos tant des conséquences de la séropositivité sur sa vie, que de ses réactions émotionnelles, et de bénéficier d'un soutien psychologique.
6. L'isolement ou la ségrégation des détenus séropositifs ne se justifient pas et peuvent même aller à l'encontre du but recherché. Ces détenus peuvent travailler partout, y compris aux cuisines.
7. Tous les détenus doivent bénéficier de conditions générales d'hygiène et d'une alimentation convenables, y compris les séropositifs, car ces facteurs peuvent avoir un effet prophylactique quant au développement du SIDA chez ces sujets.

En outre, les autorités doivent prendre des mesures adéquates pour les soins des détenus atteints du SIDA, en prévoyant un personnel et des installations de traitement appropriés et en envisageant une suspension des peines lors de la phase terminale de la maladie.

6. Conclusion

Pour les administrations pénitentiaires, l'épidémie de SIDA met en lumière plusieurs aspects des problèmes de santé en milieu carcéral:

1. la promotion de la santé dépend du comportement humain et du cadre de vie beaucoup plus que des soins médicaux;
2. la politique sanitaire pénitentiaire doit refléter la politique sanitaire de la communauté en général;
3. l'information et l'éducation sanitaire des détenus et du personnel pénitentiaire font plus pour la promotion de la santé que les normes juridiques et les règlements.

Paradoxalement, l'épidémie de SIDA peut obliger les autorités pénitentiaires à améliorer les normes d'hygiène et de traitement sanitaire des détenus. Une éducation sanitaire adéquate, la distribution de préservatifs, le soutien psychologique et l'humanisation du traitement des détenus atteints du SIDA constituent des exigences minimales à cet égard.

Avec l'épidémie du SIDA, les toxicomanes posent un problème supplémentaire aux établissements pénitentiaires. Il faut chercher d'autres réponses au comportement antisocial lié à la toxicomanie.

Pour des raisons humanitaires, thérapeutiques et de santé publique, il faut aborder avec plus de compréhension et de tolérance le problème de la toxicomanie dans son ensemble et l'épidémie de SIDA qui lui est associée, tant en milieu carcéral, que dans l'ensemble de la population. Le SIDA a mis en évidence une fois de plus la vulnérabilité des usagers de drogues. Les caractéristiques de la diffusion du SIDA, mises en évidence par les études épidémiologiques, montrent qu'en dépit de leur marginalisation, les toxicomanes font intégralement partie de la société. En démontrant aux toxicomanes séropositifs, ainsi qu'à ceux qui développent le SIDA, qu'ils ont droit au même niveau de soins et à la même considération que le reste de la collectivité, la société peut leur manifester de manière tangible sa compréhension, sa compassion et sa solidarité.

Bibliographie

1. JEANMONOD R. et HARDING T.W. (1988), Le toxicomane en milieu carcéral: la réponse médicale et ses limites, *Médecine Sociale et Préventive*, à paraître.
2. INGOLD F.R. et INGOLD S. (1987), Les toxicomanes incarcérés, *Revue internationale de criminologie et de police technique*, 1, 37-47.
3. HARDING-PINK D. and FRYC O. (1988), Risks of deaths after release from prison: a duty to warn, *British Medical Journal*, vol. 297, p. 596.
4. HARDING T.W. (1987), AIDS in prison, *Lancet*, November 28, 1260-1263.
5. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1987), Consultation sur la prévention et le contrôle du SIDA en milieu carcéral: conclusions et recommandations, novembre, Genève.

SEVRAGES PHYSIQUES ET PROBLÈMES SOMATIQUES CHEZ LES TOXICOMANES

*Line Restellini-Vuarambon**

Introduction

Mon propos aujourd'hui est de donner un bref aperçu sur les situations de sevrages physiques et les affections somatiques rencontrées dans une unité hospitalière pour toxicomanes pendant 2 ans d'activités. Par comparaison à une pratique ambulatoire de 2 ans également, on remarquera que ce travail hospitalier est assez proche, sur le plan des soins somatiques, des problèmes que rencontre le praticien. Par conséquent, nos conclusions peuvent être communes.

Je terminerai par un rapide exposé sur nos techniques de sevrage d'opiacés, avant-première en quelque sorte d'une publication imminente.

Population

Du 1^{er} octobre 1986, date d'ouverture de l'unité, au 31 juillet 1988, soit sur une période de 22 mois, nous avons mené dans l'unité hospitalière pour toxicomanes, 157 sevrages répartis en environ $\frac{2}{3}$ d'hommes (96) et $\frac{1}{3}$ de femmes (61).

On note que 26 séjours sont des deuxièmes séjours (19 hommes et 7 femmes) et que 2 (1 homme et 1 femme) sont des troisièmes séjours, ce qui équivaut à 126 patients.

* Médecin adjoint interniste, Unité de Toxicopathie (I.U.P.G.), Villa les Crêts, 1 ch. Edouard Tavan, CH-1206 Genève

Tableau I: Types de sevrages.

	Total	Hommes	Femmes
Héroïne seule	54	30	24
Méthadone seule	10	7	3
*Méthadone, Temgesic, Héroïne, Médicaments	39	24	15
Opiacés, Alcool, Médicaments, Cocaïne, etc.	31	18	13
Alcool, Médicaments	20	15	5
Divers (ectasy, LSD, sirop saintbois)	3	3	0
— Polytoxicomanie: 93 = 2/3			
— Opiacés seuls: 64			
(total des sevrages: 157)			

* «Croisement» méthadone / opiacés, médicaments: 80% des cures.

Types de sevrages (cf. Tableau I)

On note que la majorité des sevrages, soit les $\frac{2}{3}$, sont des sevrages mixtes de types polytoxicomanies (94 contre 64 sevrages d'héroïne ou de méthadone seules).

On relève également que sur 49 situations de prescriptions médicalisées de méthadone, 39 avouent spontanément prendre d'autres opiacés intraveineux et des médicaments, soit 80% de ces cures. Seuls 10 affirment n'avoir pas consommé d'autres produits dans la période précédant leur admission.

Complications au sevrage ou au traitement de sevrage

Les sevrages d'opiacés sont menés sous alpha-2 stimulants centraux (Estulic ou Catapresan), ceux d'alcool et de benzodiazépines, en général sous benzodiazépines. Les autres sevrages plus complexes sont adaptés à chaque situation (neuroleptiques, atropiniques, etc.) (cf. Tableau II).

On relève très peu de complications graves, nécessitant des interventions hautement médicalisées: ce sont surtout les crises d'épilepsie toujours survenues dans des sevrages avec prise de benzodiazépines non avouée. Ces crises ont toutes été contenues avec un traitement parentéral de Valium ou de Rivotril.

Les troubles cardiaques ou les hypotensions ont été compensés soit par l'arrêt du traitement de sevrage, soit par la mise en place d'une voie veineuse ou d'un traitement d'atropine.

Tableau II: Complications graves au sevrage.

	Total	Hommes	Femmes
Epilepsie (grand mal)	6	5	1
Pré-délirium Tremens	1	0	1
Abdomen aigu	1	1	0
HypoTA troubles cardiaques	3	1	2
Malaises X (?)	1	1	0

Deux situations seulement ont nécessité un transfert au centre des urgences (CMCE).

Problèmes somatiques rencontrés chez 157 situations de sevrage

Il faut relever tout d'abord qu'il s'agit d'une population demandant des soins, mais également présentant dans la plupart des cas de lourdes et anciennes toxicomanies. Rares sont les situations de sevrage léger chez des patients socialement, médicalement, comme sur le plan d'une hygiène de vie, normalement insérés.

SIDA (cf. Tableau IIIa)

Il convient de relever avant tout que si 30% seulement des cas sont séropositifs, il est essentiel de corriger ce chiffre en soustrayant ceux qui n'ont pas pris de risque intraveineux dans les dix précédentes années (toxicomanie essentiellement aux médicaments, à l'alcool ou en inhalation). On obtient alors 43% de séroposivité.

On relève également que, dans notre population, les femmes sont davantage touchées que les hommes. S'agit-il d'un facteur sexuel surajouté? (nous n'avons eu que deux ou trois situations d'homosexualité masculine avouées).

Enfin, ce qui est probablement plus inquiétant, c'est l'immense majorité (96%) de situations déjà avancées dans l'évolution de l'affection (cf. Tableau IIIb).

Il est intéressant également de signaler que, sur l'ensemble des 49 situations en cure de méthadone, on découvre 22 séropositivités et 19 séronégativités, soit environ 50% de séropositivités malgré le traitement de méthadone.

Tableau IIIa: SIDA.

Séropositifs :	51	=	30%	
hommes	27	=	28%	sur le total de 157 sevrages
femmes	24	=	40%	
Correction après soustraction de 39 sevrages sans i.v.				
Total des sevrages = 118				
Séropositivité:	=	43%		
hommes	=	37%		
femmes	=	53%		

Tableau IIIb.

• Séropositivité isolée (stade I ou II):	2 (1 homme, 1 femme)
• Stades III à IV a) (ARC)	: 43 (27 hommes, 24 femmes)
• Stade IV (inf. opportunistes)	: 6
Ag $\oplus$, T $^{\circ}$	
Total: 49 cas sur 51 séropositifs = 96% signes évolutifs.	

Tableau IIIc.

49 cures de méthadone: 22 séropositifs	$\cong$	50% séropositivité
19 séronégatifs		

Hépatite

Comme dans toutes les études, c'est l'ensemble des atteintes hépatiques, notamment l'hépatite B, qui a l'apanage des affections touchant les toxicomanes (cf. Tableau IV).

Nous relevons que seulement $\frac{2}{3}$ de nos patients ont des marqueurs contre le virus de l'hépatite B; cependant, nous avons pu noter que certains d'entre eux ont perdu progressivement les anticorps, l'atteinte virale ayant été très ancienne (plus de 10 ans).

Quoi qu'il en soit, la vaccination reste indiquée chez ces patients en raison d'une part des risques évolutifs et d'autre part du réservoir de virus qu'ils représentent.

On note également une perturbation des tests hépatiques chez $\frac{2}{3}$ de nos patients sans atteinte hépatique aiguë ou chronique par les virus

Tableau IV: Hépatites.

Hépatite B seule	64 (dont 4 chroniques AG ⁺ 2 aiguës) (39 hommes 19 femmes)
Hépatite A seule	6 (4 hommes 2 femmes)
Hépatites A + B	40 (24 hommes 16 femmes)
Cytolyse	96 77 (antécédents HB, HA ou prise alcool) 19 (origine X, nAnB?)
Total atteintes hépatiques	129 = 83% 110 (Hép. A et/ou B dont 77 avec cytolysse) 19 (cytolysse isolés, nAnB?)

A, B, CMV, etc. Il s'agit soit de situations d'hépatite non A - non B aiguë ou chronique, soit d'atteinte toxique mineure classiquement retrouvée chez les toxicomanes.

Au total, 83% des situations présentent des problèmes hépatiques.

Autres infections diagnostiquées

Les autres problèmes somatiques rencontrés dans l'ensemble de notre pratique hospitalière, en dehors des problèmes liés directement au sevrage, au SIDA ou aux hépatites, sont résumés dans le Tableau V.

Les diagnostics relevés ici sont ceux qui ont nécessité des soins ou des investigations durant et après le séjour. Toutes les petites infections mineures telles que céphalées, état grippal, problèmes liés au sevrage (diarrhées, myalgies, etc.) ont été écartées.

Ce tableau montre à quel point, d'une part les problèmes infectieux sont fréquents chez ces patients puisqu'ils touchent 50% des cas, sans compter le SIDA et les hépatites (quasi 100% des cas sont alors touchés), d'autre part, l'importance également de multiples problèmes somatiques non infectieux (61% des cas) nécessitant soit des soins sérieux, soit un regard médical attentif lors du sevrage médicamenteux en raison des risques de complications.

Si l'on compare notre travail somatique hospitalier à ce qui peut être rencontré en ambulatoire, à l'aide d'une étude que nous avons également

Tableau V: Autres diagnostics.

INFECTIEUX	79 = 50% (sauf SIDA et hépatites)
MST	17
Dermato	47
Pulmonaire	3 (foyers, Ø TBC!)
ORL	1
Rénal	1 (pyélocystite)
Digestif	1 (diarrhées salmonelles, parasites)
Cardio	7 (endocardites récentes, phlébites infectées)
Rhumato	1 (polyarthralgies para-infectieuses)
NON INFECTIEUX	61 %
Digestif	13 (gastrite, ulcère, fonc.)
Ortho-rhumato	7 (colonne, articul.)
Cardio	14 (HTA, troubles rythmes, souffles)
Pneumo	12 (asthme, allergies 11, hémoptysie cocaïne 1)
Hémato	8 (anémies, crase, porphyrie, sphérocytose)
Métabolisme	4 (hyperlipémies 3, diabète 1)
Endocrine	1 (goître sur Lithium)
Neuro	14 (épilepsie 5, nerfs périph. compression, polynévrite, séquelle AVC toxique...)
Ophtalmo	3 (glaucome, rétinopathie)
Traumatismes	21 (TCC, fractures, contusions 8, brûlures 3 ^e degré 2, veinosections récentes 4)

menée sur 2 ans d'activité ambulatoire avec les toxicomanes en policlinique de médecine (cf. Tableau VI), on remarque que l'ensemble des problèmes sont assez proches, ce qui nous autorise à proposer un certain nombre de conclusions.

Nous dirons que ce sont des patients nécessitant une prise en charge médicale sérieuse et soutenue, que cette prise en charge somatique leur permet, à travers leurs corps, de réengager un dialogue peut-être moins difficile, dans un premier temps, que d'entrer d'emblée dans une démarche psychiatrique. Le praticien qui accepte d'être à l'écoute de ce corps peut amener le patient à faire d'autres traitements plus soutenus. Il convient donc qu'il accepte de ne pas travailler seul et de passer le relais notamment à des équipes psychiatriques ou psychosociales. La collaboration médecine somatique et psychiatrique apparaît là comme fondamentale.

En milieu hospitalier surtout, reste aigu le problème du diagnostic différentiel, et partant, du traitement où, l'association de forces somatiques et psychiatriques, nous apparaît après 2 ans de fonctionnement comme presque indispensable: il s'agit surtout des cas de troubles neuropsychi-

Tableau VI: Atteinte infectieuse chez 135 toxicomanes.

	n	%
Hépatites virales	44	33
Abscès, phlébites (post-injections)	8	6
Polyadénopathies	7	5
Gale, mycoses	7	5
Maladies vénériennes	6	5
Arthrites septiques ostéomyélites	5	4
Pneumonies, TCB	4	3
Septicémies, endocardites	3	2

ques, parfois l'association, entre les atteintes organiques, pharmacologiques (neuro-SIDA, infectieuses, toxiques, médicamenteuses, sevrages) et psychiatriques (bouffées délirantes, décompensations psychotiques sur prises de produits ou sur terrains fragiles, psychoses avérées), rendent les tableaux cliniques fort complexes.

Un autre point, sur lequel il conviendrait d'insister mais que nous ne pouvons qu'ébaucher aujourd'hui, est la place du corps dans la prise en charge de ces patients, c'est-à-dire, la place que *nous*, soignants, lui assignons :

- Quelle analyse, quel découpage théorique, quel type de réponse et de soins donnons-nous à ce corps qui est le support de multiples symptômes tous d'origine différente?
- Un patient se plaint-il de céphalées, lombalgies, troubles digestifs; qui va répondre? L'interniste? Le psychiatre? Que va choisir le soignant, la part somatique, la part psychologique?

Il n'y a évidemment aucune réponse, chaque situation nécessitant une approche casuistique; cependant, il convient de souligner autant la richesse que la complexité des soins à ces patients, dont le corps, peut-être plus que chez tout autre malade, est le support de leur profonde souffrance mais où se mêle en plus la réalité et souvent la gravité de l'atteinte somatique.

La grande tentation pour nous soignants, est de répondre strictement sur le plan du corps par des soins concrets et sécurisants, et pourquoi par un... produit?! instrument magique qui résoud tout.

Mais le risque est également de minimiser l'important de ce corps. Risque parce qu'il existe fréquemment une réelle affection (céphalées: ménin-

gite, neuro-SIDA, etc. ?), risque aussi en raison des limites fragiles que nous indique le patient et qu'il convient de respecter :

- trouver le juste chemin entre le corps et le psychisme, entre le symptôme et la parole ;
- respecter son patient, mais l'aider à aller au-delà de ce qu'il symptomatise ou nomme ; voilà notre travail et notre privilège.

Enfin, nous aimerions souligner que le problème du traitement de la toxicomanie, à travers sevrages et cures, devrait se faire avec beaucoup d'attention et au sein d'équipes étayées, en évitant au maximum de justifier un traitement médicamenteux à des fins somatiques ou épidémiologiques non rigoureusement étayées.

Nous terminerons par un bref aperçu de notre pratique des sevrages d'opiacés.

Sevrages

Nous avons analysé, pendant 15 mois d'activité, l'efficacité des traitements de sevrage d'opiacés par les alpha-2 stimulants (Estulic ou Catapresan). Les sevrages mixtes avec alcool ou médicaments ont été écartés de cette étude.

Nous avons retenus 81 sevrages, 24 sous Catapresan, 53 sous Estulic et 4 sans médicament. Quarante sevrages étaient des sevrages d'héroïne essentiellement, et 37 de méthadone (croisée avec d'autres opiacés pour la plupart).

Les quelques tableaux suivants montrent l'efficacité de ce traitement qui a l'avantage de ne pas interférer avec le système endorphinique (comparaisons des sevrages sans médicament ou avec traitement). Ils montrent également une très discrète supériorité de l'Estulic sur le Catapresan, sans qu'aucune conclusion significative, hormis l'avis subjectif des patients, ne puisse être tirée. Enfin, on remarque que les sevrages, lors de prise de méthadone isolée ou croisée avec d'autres opiacés, sont beaucoup plus longs et plus difficiles que ceux d'héroïne seule.

En conclusion, nous dirons que ce type de traitement de sevrage a, non seulement l'avantage sur le plan biologique et pharmacologique de ne pas interférer avec le système endorphinique tout en diminuant sensiblement les signes de manque, mais également évite le marchandage médicamenteux auquel se confronte toute équipe dès que d'autres produits de sevrage (benzodiazépines par exemple) doivent être prescrits, ce qui occasionne

des tensions, parfois des conflits entre équipes et patients, et qui, au demeurant, est avant tout délétère pour le patient; enfin, il permet au patient, selon leur témoignage, de mener leur sevrage les idées claires et d'amorcer, déjà dans une si courte période (2 à 5 semaines), le véritable et plus difficile travail sur l'ensemble de leur situation de dépendance.

EXPÉRIENCE HOSPITALIÈRE DES SEVRAGES

Avant de vous parler des Soins infirmiers pratiqués à la Villa «Les Crêts» (Unité hospitalière pour toxicomanes), nous vous présentons brièvement l'Equipe infirmière et le lieu des soins.

Lors de l'élaboration du projet de mise sur pied de l'Unité hospitalière, nous avons dû réfléchir, entre autres, aux points suivants:

- Quels patients allons-nous accueillir?
- Dans quel cadre de vie?
- Quel type de soins?
- Quelle Equipe soignante: choix des différentes spécialités professionnelles indispensables ainsi que la dotation en personnel nécessaire à l'encadrement.

C'est sur ces quatre points particuliers que nous allons nous arrêter.

Patients accueillis

Notre Unité hospitalière peut accueillir 6 toxicomanes, hommes et femmes, la plupart du temps majeurs (les personnes mineures sont aussi accueillies), en durée volontaire et souhaitant rompre avec leur dépendance aux produits. Les temps d'hospitalisation varient entre 3 et 6 semaines.

* Infirmière responsable à l'Unité hospitalière pour toxicomanes, Villa «Les Crêts», 1 ch. Edouard Tavan, CH-1206 Genève.

Nous recevons des toxicomanes pour lesquels le sevrage n'est pas au premier plan: des personnes ayant besoin d'un temps de décompression, de réflexion et parfois d'orientation, comme par exemple lors de situations de crise avec l'entourage (conjoint, parents), ou suite à un séjour, souvent court, en clinique psychiatrique ou à l'Hôpital cantonal.

Cadre de vie

Une villa entourée d'un petit jardin avec une répartition de locaux tenant compte des différents moments de vie et de la place de chacun (lieu communautaire, de soins, d'entretiens, d'activités et de réunions).

La maison comprend

- Au sous-sol: — une buanderie pour le linge personnel des patients, une salle polyvalente pour les démarches corporelles, la gymnastique, les réunions d'Equipes élargies avec par exemple les Equipes de la Consultation et de l'Accueil.
- Au rez-de-chaussée: — Le lieu de vie avec cuisine, salon, salle à manger et une petite loggia.
— La salle d'accueil pour les entretiens de pré-admission et les entretiens en cours d'hospitalisation.
— Le secrétariat.
- Au 1^{er} étage: — L'étage des soignants comprenant différents bureaux et une salle de soins.
- Au 2^e étage: — L'étage « nuit » avec 3 chambres à 2 lits pour les patients et une chambrette pour le veilleur.

L'Equipe

L'Equipe soignante est composée de:

- 2 médecins: 1 médecin psychiatre
1 médecin interniste
- 1 secrétaire
- 1 infirmière responsable
- 15 soignants infirmiers(e) en psychiatrie et/ou en soins généraux dont

3 postes à 75 % et 2 postes d'aides-hospitalières. Cette dernière dotation permet une prise en soins de 24 h. sur 24, 7 jours sur 7, à raison de 3 soignants le matin, 3 l'après-midi, 2 la nuit.

L'ensemble de l'Equipe a pu bénéficier, avant l'ouverture de la Villa, d'un temps de formation et de réflexion pendant lequel nous nous sommes penchés sur la compréhension de la toxicomanie, le sevrage et sa signification.

- Quel cadre thérapeutique? Quelles règles instaurer pour le préserver? Quelle politique générale d'Unité de Soins envisager et quels soins proposer? L'aménagement du futur lieu de prise en soins devait répondre à toutes ces questions.

Les soins infirmiers

Nous pouvons dire que soigner, c'est avant tout pouvoir comprendre et analyser son propre comportement afin d'être capable d'aider le patient à identifier les conflits qu'il rencontre.

Cette démarche ne peut être dissociée de la collaboration indispensable avec d'autres professionnels.

Cette conception des soins est la base de notre travail de soignant, de notre approche globale (bio-psycho-social) d'un individu qui a une histoire unique et pour lequel le malaise ou le mal-être du sevrage physique ne peut être dissocié de sa problématique psychologique, ni de sa situation sociale.

L'éventail des soins dispensés par l'Equipe comporte:

- Des traitements médicamenteux que le médecin interniste vous a détaillés ce matin: ces traitements se donnent non seulement à une heure régulière, mais surtout dans un lieu précis, «ritualisé»: la salle de traitements.

Il s'agit d'un moment «soignant-soigné» privilégié, où le toxicomane, dans une relation individuelle, peut parler de ses signes de manque, de son anxiété par rapport à la diminution du traitement de sevrage et de ses inquiétudes ou préoccupations face à son corps.

Le traitement médicamenteux s'adressant à des personnes «dépendantes», nous tenons donc à rendre à ce geste son sens médical et thérapeutique.

- Des soins corporels: par ex. plusieurs prises de tension artérielle par jour (dans le cas de sevrage à la Clonidine), divers traitements de peau, des bains, des massages, de la relaxation.

Ces différents soins corporels permettent au toxicomane de trouver un mieux-être physique ainsi qu'une détente psychique à un moment où son corps a mal, où sa réalité existentielle ressurgit.

- Des entretiens individuels avec médecins et/ou les infirmiers(e): certains entretiens sont planifiés (bilan après le premier jour d'hospitalisation puis bilans hebdomadaires), d'autres ont lieu en fonction de l'évolution personnelle de chaque soigné; cela peut être, à la demande de ce dernier, mais aussi à celle de l'Equipe qui a repéré un besoin de soutien ou de clarification.

Les rencontres sont élargies, chaque fois que cela est possible, avec le réseau familial (parents, conjoints, etc.), thérapeutique et social.

- Des démarches de groupe:
 - Deux groupes hebdomadaires «soignants/soignés» (animés par le médecin psychiatre): il s'agit d'un lieu de rencontre où la parole est libre, où le thème particulier est celui que chacun apporte avec sa problématique personnelle.
 - Un groupe hebdomadaire «santé» (animé par le médecin interniste): ce moment reste un temps d'information et d'enseignement concernant les problèmes de santé que rencontre la population accueillie, par exemple la séropositivité, les problèmes liés au SIDA, l'hépatite, l'hygiène à respecter, qu'est-ce que l'«overdose», etc.

C'est aussi le moment où le toxicomane peut, en étant «clean» ou sur la voie d'y parvenir, être informé sur l'effet des produits au niveau psychique et physique, par ex. le sommeil... les raisons des signes de manque, etc.

- Un groupe hebdomadaire «repas» (animé par l'Equipe infirmière): les menus de la semaine sont élaborés en tenant compte de l'équilibre alimentaire et aussi de l'«équilibre» budgétaire de chaque repas.

Nous devons être attentifs à la dimension d'avidité du toxicomane (désir/plaisir), en lui permettant de reprendre conscience du rythme des repas, du partage avec d'autres et peut-être de réinvestir un plaisir bien éloigné de la jouissance du produit...

- Des activités individuelles et de groupe: entretien du linge personnel, entretien des chambres, achats alimentaires, préparation des repas, sports, promenades, jeux, musique, télévision, etc.

Ces diverses activités, soutenues par les soignants, visent à structurer, pour le toxicomane, un rythme de journée, de semaine tout en mobilisant une partie de son temps pour s'occuper de lui.

La télévision, la musique sont deux aspects importants de la vie communautaire; l'avidité de l'image et de la force du son (où pour le toxicomane il ne s'agit plus de voir ni d'entendre, mais plutôt de se «remplir») nous amènent à intervenir fréquemment.

- Des accompagnements concernant diverses consultations à l'extérieur (p.ex. en polycliniques, au tribunal, etc.), les projets de sortie (p.ex. l'Hospice général, différents Foyers, etc.).

Chaque soignant, avec son expérience personnelle et professionnelle, doit endosser un rôle d'accompagnant très polyvalent où les aspects thérapeutiques et pédagogiques sont interdépendants et où la rigueur doit être constante:

- Lorsque la rencontre «soignant-soigné» s'amorce (certains toxicomanes parleront de «feeling»), nous devons offrir une relation claire et bien définie, être attentifs et compréhensifs sans tomber dans une démarche de «sauveurs» de laquelle nous sortirions «vic-times» puis «persécuteurs».

Notre vécu, par moment dépressif — car l'Institution ne prétend pas résoudre la problématique du toxicomane et nous n'avons pas de solution miracle — peut nous entraîner dans une attitude de contre-transfert négatif.

Nous ne devons pas perdre de vue que le traitement est un processus dans lequel la rechute est inscrite.

Nous avons à respecter le réel champ d'initiative du toxicomane en acceptant que sa solution ou son projet ne soit souvent pas celui que nous aurions désiré à sa place. Par contre, nous avons à nous considérer, à son égard, comme un environnement présent et solide en lui proposant les repères dont il manque, les limites lui permettant de viser à un équilibre, un sens, une harmonie. En deux mots, il nous faut dire très clairement ce avec quoi nous sommes d'accord ou pas, ce que nous acceptons ou non.

- L'hygiène: Le cadre de vie communautaire exige de la part des soignants des démarches éducatives soutenues auprès de la population accueillie, afin que l'hygiène puisse être respectée, par exemple, lors de la préparation des repas ou de l'entretien de la vaisselle.

Bien que nous ne travaillions pas dans une structure hospitalière traditionnelle, une hygiène hospitalière rigoureuse est indispensable. Les précautions à prendre, liées à la séropositivité de nos patients sont celles de tout lieu de soins: lavage des mains, décontamination du matériel et des locaux, chaque fois que cela est nécessaire, et, bien sûr, les précautions connues lors de tout prélèvement sanguin.

Nous venons de vous exposer l'aspect global des soins pratiqués dans notre Unité hospitalière; parlons maintenant du fonctionnement de l'Equipe qui est le repère et l'instrument essentiels permettant de préserver la qualité des soins et le cadre thérapeutique.

La complémentarité des «fonctions-rôles» que nous définirons comme étant l'utilisation des connaissances et expériences de chacun, la transmission de l'information, la communication, le questionnement, permettent à chaque partenaire de se situer professionnellement responsable de maintenir la relation soignant-soigné, la qualité et la continuité des soins.

Nous avons, à dessein, situé la secrétaire dans l'Equipe soignante; son rôle est essentiel, notamment pour toutes les démarches administratives et les demandes d'accueil de nos patients; de plus, sa participation et son implication dans la vie de l'Equipe, permettent non seulement la bonne circulation de l'information mais encore renforcent notre démarche thérapeutique commune.

Les moyens que nous nous donnons pour aménager des temps de paroles en Equipe et aussi pour nous «ressourcer» sont les transmissions d'équipe à équipe, les colloques réguliers, les journées de réflexion.

De plus, l'Equipe infirmière bénéficie chaque semaine d'un temps de supervision dans le domaine de l'approche corporelle. Ce moment permet à chaque soignant, sensibilisé par cette technique, de vivre (au sens d'éprouver) au niveau de son corps et de ses autres moyens d'expression, de prendre ses distances par rapport à l'Institution, de se situer dans son rapport au groupe de patients et de soignants avec lesquels il vit. Par là, il se redéfinit afin notamment de se recentrer clairement dans ses démarches d'approches corporelles au toxicomane. L'expérience a montré que c'était d'abord autour d'un corps-à-corps et de l'infra-verbal que s'articulent les premiers temps de sevrage.

Enfin, il faut relever, toujours dans les moyens de dynamisation de l'Equipe, la souplesse des horaires permettant une grande facilité d'investissement de chacun.

Soigner reste un art; il s'agit pour nous d'être, pour pouvoir aider. Il faut être des soignants «suffisamment bons», acceptant de nous remettre sans cesse en question, pour pouvoir accompagner un être qui doit grandir.

Nous devons aussi ne jamais perdre de vue que le sevrage pour le toxicomane est le début, voire la suite, d'un long itinéraire accidenté, qui s'étendra sur plusieurs mois et parfois sur plusieurs années.

EXPÉRIENCE HOSPITALIÈRE DES SEVRAGES

*Tatiana Redalié**

Introduction

C'est à partir de mon expérience de psychiatre, responsable institutionnelle, que je vais aujourd'hui vous présenter un travail de réflexion sur deux années de pratique dans le cadre d'une unité hospitalière pour toxicomanes, plus connue sous le nom de « Villa Les Crêts »

Tableau I: Population accueillie (1^{er} octobre 1986 - 31 juillet 1988).

Hommes	96	dont	76 1 ^{er} séjour
			19 2 ^e séjour
			1 3 ^e séjour
Femmes:	61	dont	53 1 ^{er} séjour
			7 2 ^e séjour
			1 3 ^e séjour
Total des patients	126		

Je rappelle donc qu'il s'agit d'une population de 126 patients, parmi lesquels on compte 26 deuxièmes séjours (19 hommes et 7 femmes) et 2 troisièmes séjours (1 homme, 1 femme).

Je vais aborder plus particulièrement le processus de demande d'hospitalisation à la « Villa Les Crêts », les différents sevrages, le processus thérapeutique engagé lors de séjours multiples.

* Médecin-Chef de clinique, Psychiatrie II, Unité de Toxicopathie, Institutions universitaires de psychiatrie, Villa les Crêts, 1 ch. Edouard Tavan, CH-1206 Genève.

I. Les demandes

Il existe un nombre assez grand de «pré-demandes» faites par l'entourage (familial, social ou thérapeutique) du patient, sans nécessairement aboutir à une demande.

Il faut également prendre en considération le rôle du «bouche-à-oreille» entre les patients sortis des Crêts et le milieu toxicomane.

Le principe du volontariat et de la motivation personnelle du patient pour une démarche de sevrage est évidemment au premier plan, appuyé également par le certificat médical du médecin traitant nécessaire pour l'admission.

Lors de l'entretien de pré-admission, a lieu une évaluation de la situation médico-psychosociale qui aboutit parfois — suite à un recadrage de la situation — à une autre orientation, mais le plus souvent à une proposition d'admission. Les patients ne donnent pas toujours suite à leur demande.

Les points de repère du patient à l'extérieur du lieu hospitalier sont tout à fait fondamentaux dans le cadre de notre prise en charge. Nous travaillons donc en articulation étroite avec les environnements du patient :

- Le réseau familial.
- Le réseau thérapeutique: médecine privée (internistes, psychiatres notamment) et publique, Hôpital Cantonal Universitaire, Institutions Universitaires de Psychiatrie Genevoise... Je tiens à mentionner ici la collaboration et la coordination permanentes avec nos collègues de l'Unité de Toxicopathie ambulatoire: la Consultation Camoletti et l'Accueil Montchoisy.
- Le réseau social: nous travaillons avec les intervenants du réseau social du patient dès le début de l'hospitalisation et quelquefois déjà dans la phase de préhospitalisation.

La collaboration avec les Centres résidentiels pour toxicomanes (tels que C.R.M.T. et Toulourenc à Genève) est particulièrement développée également.

Quelle est donc la demande de «sevrage» — ou d'aide — que nous adresse le patient, et dans quel contexte?

Il est bien rare de rencontrer une pure et claire demande de sevrage. La plupart des situations qui nous sont présentées sont plurifactorielles: elles vont de projets structurés, tels que l'entrée dans un centre résidentiel après le sevrage physique, jusqu'à, par exemple, ce «je n'en peux plus» qui résume un état dépressif grave avec menace d'effondrement psychique imminent. A cette problématique s'ajoute bien souvent une situation hautement conflictuelle et de «crise» dans le milieu relationnel du patient; situation qui pourra être abordée lors de l'hospitalisation — voire avant —

à un niveau individuel, familial et en articulation avec le réseau social et thérapeutique du patient quand il existe.

Un certain nombre de patients présentent leur demande comme une exigence urgente: l'expérience nous a montré que des réponses, également engagées dans l'urgence, entraînent des ruptures de traitement qui s'inscrivent, à leur tour, dans l'urgence.

A l'inverse, la démarche de sevrage — outre l'ambivalence par rapport à une telle décision — peut faire peur. Comme le disait récemment un patient: «J'ai mis deux ans avant de me décider à entrer à la 'Villa Les Crêts'!»

II. Les différents sevrages

1. Les problèmes de psychopathologie

Ils sont complexes: sous la personnalité dite du «toxicomane», avec son fonctionnement dans le «tout, tout de suite» et ses demandes urgentes dans un contexte de crise permanente, on retrouve le plus fréquemment diverses structures psychopathologiques ayant pour trait commun des problématiques narcissiques, de perte et d'abandon parfois très importantes. Les défenses sont caractérisées par le clivage et l'idéalisation, avec des oscillations entre un pôle dépressif et un pôle où apparaît un idéal du moi mégalomanique.

Le recours contre l'apparition de la souffrance psychique est le passage à l'acte toxicomane, délinquant, suicidaire — dans notre expérience, les overdoses sont souvent des équivalents suicidaires: nous en avons des témoignages par les patients.

Les structures psychopathologiques rencontrées avec le plus de fréquence sont:

- La dépression essentielle, où prédominent l'impossibilité de la représentation, le vide interne et de hauts risques suicidaires.
- Les personnalités limite ou borderline, constituant la majeure partie des cas.
- Un certain nombre de patients psychotiques ou ayant présenté des épisodes de décompensation psychotique, mais qui, par le biais de la consommation de produits opiacés en particulier, ont pratiqué une automédication qui a plus ou moins rempli son rôle de protection contre le morcellement.

2. La situation de sevrage comme crise somatopsychique

J'aimerais maintenant examiner avec vous la situation de sevrage et ce qu'elle recouvre.

Au moment du sevrage physique, se joue de fait une situation beaucoup plus globale de crise pour le sujet. Au sens étymologique du terme, crise signifie d'ailleurs en médecine: «moment d'une maladie caractérisé par un changement subit et généralement décisif en bien ou en mal»; et encore «menace de changement, de rupture d'équilibre».

Les patients souffrent dans leur corps durant le sevrage — même avec l'aide d'un traitement approprié. Mais ils parlent également d'un «atterrissage» extrêmement violent dans la reprise de leur fonctionnement mental, ce qui signifie le face à face avec les pertes, la dépression, le deuil — ou le besoin — du produit. C'est alors qu'il y a un réinvestissement massif du corps, représentant et porte-parole d'une demande difficile à exprimer par les mots. Elle passe donc par des plaintes somatiques diverses concernant ou non la conduite du sevrage. Le besoin de «réparation» physique, la préoccupation pour les besoins du corps apparaissent. Par ailleurs, il existe souvent un état de régression où l'on peut aborder les éléments dépressifs qui émergent par suite de la diminution des défenses utilisées jusqu'alors.

Actuellement, avec l'apparition du SIDA, le vécu dépressif est encore majoré par l'annonce d'une séropositivité, vécue initialement comme un cataclysme par le sujet en tant qu'individu, voire en tant que futur père ou mère.

Je voudrais parler encore du risque d'explosion psychotique qui apparaît quelquefois, durant le sevrage, pour souligner à quel point les patients vivent alors une menace d'éclatement dont ils parlent comme d'une bombe à l'intérieur d'eux-mêmes. Certains préfèrent interrompre leur séjour, tant est grande leur peur de basculer.

Autour du sevrage dit physique, les interventions du psychiatre et du somaticien — comme cela a déjà été souligné — doivent s'adresser au patient dans sa totalité.

Le traitement de sevrage, décidé conjointement par l'interniste et le psychiatre, comporte dans certains cas des neuroleptiques: lors de l'apparition d'angoisses majeures, ou lorsque l'on craint une décompensation psychotique.

Les états d'angoisse et de tension psychique constituent la majorité des tableaux cliniques rencontrés.

Par ailleurs, je rapprocherai l'intervention de l'équipe, par certains aspects, du «holding» dont parle Winnicott: la prise en charge temporaire par la mère de certaines fonctions du moi de l'enfant, jouant le rôle de contenant et de pare-excitation.

Tableau II: Les diverses crises au cours du sevrage.

Crises polymorphes sur fond dépressif

- Complications somatiques: cf. article Dr Restellini.
- Complications psychiatriques:
 - Etats confusionnels d'étiologies diverses.
 - Décompensations psychotiques, bouffées délirantes, angoisses de dépersonnalisation, etc.
 - Tentatives de suicide.
 - Tensions psychiques allant jusqu'à: angoisses majeures =
 - Transgressions: — prises de produit
 - violence physique
 - etc.
 - Sorties prématurées sur demande du patient, négociées entre le patient et l'équipe.

| = sorties

Par ailleurs, nous devons, dans le futur immédiat, être de plus en plus attentifs aux complications psychiatriques du neuro-SIDA.

C'est bien lors du sevrage qu'est reposée, pour le sujet toxicomane, la question de son identité et de sa redéfinition éventuelle comme «malade psychique». Au sortir du sevrage physique, le patient se vit comme extrêmement fragile; il a abandonné certaines de ses défenses et se retrouve confronté non plus à un état de manque, mais à une situation psychique où sont ravivés tous les manques, bien antérieurs parfois à la toxicomanie: ceux-là même où prend racine sa difficulté à être, à vivre une relation d'objet.

En conclusion, le sevrage dit «physique» entraîne une situation de remaniement majeur tant dans le fonctionnement somatique que psychique du patient.

3. **L'élaboration de la situation de dépendance**

Cette approche se fait dans l'Unité, à travers les diverses modalités de fonctionnement décrites dans la présentation de notre infirmière responsable, Madame P. Varidel.

L'expérience d'un espace de temps sans produit, pendant lequel la réponse aux angoisses, aux plaintes somatiques, a été une parole, un geste ou un médicament, liés à une relation, tout cela propose au patient un espace souvent nouveau pour lui, avec des liens possibles entre le dedans et le dehors, son «ici et maintenant» et son histoire.

La trajectoire personnelle du patient, la problématique du besoin et du manque, les diverses situations de dépendance — notamment la recherche de relations fusionnelles, dans le couple par exemple — sont abordés dans divers cadres qui se complètent :

- l'approche individuelle où est utilisée la référence psychodynamique;
- le travail avec le groupe familial et le réseau du patient, où le recadrage du symptôme et l'approche des interactions utilisent un modèle systémique;
- les groupes soignants-soignés;
- le cadre de vie quotidien : celui-ci est régi par ses propres règles de fonctionnement, ses rituels qui renvoient le patient à la continuité-discontinuité, à des attentes, à des frustrations et, à travers cela, à la nécessité de la différenciation.

La diversité des identifications possibles est un instrument thérapeutique à partir du moment où les rôles et les fonctions de chacun sont clairement définis.

Le travail de l'équipe sur elle-même, sur le « contre-transfert » institutionnel, permet de prendre conscience ou d'éviter les réactions en symétrie avec la pathologie du patient.

4. *Les « résolutions » de la crise liée au sevrage*

Pour les patients ayant suffisamment de ressources internes, la confrontation avec les affects dépressifs permettra une élaboration, la possibilité d'aller plus loin dans leur démarche, de continuer le « sevrage psychique » amorcé en même temps que le sevrage physique, soit dans un suivi individuel — amenant quelquefois le début d'une psychothérapie — soit par l'entrée dans un centre résidentiel par exemple.

Pour d'autres patients, le sevrage physique aura été un moment très idéalisé, avec peu de remise en cause de leur fonctionnement. Dès qu'ils vont mieux physiquement, les affects gravement dépressifs, parfois au premier plan, régressent rapidement et font place à un état de mieux-être et de déni maniaque. Les défenses se restructurent à travers des demandes multiples, parfois des exigences et des revendications. La demande d'aide touche alors surtout aux problèmes dans leur dimension de réalité quotidienne à l'extérieur : problèmes sociaux, financiers, juridiques... comme si la suite du sevrage physique devait être une restauration — ou un avènement — magique de leur fonctionnement dans cette réalité... Pour ces

sujets, le cheminement à la sortie des Crêts sera souvent heurté et pourra amener à la reprise des anciens comportements, ou être suivi d'une autre demande de traitement, ou encore donner lieu à l'apparition de nouveaux comportements de défense.

Nous devons être attentifs car ici aussi se noue l'un des enjeux de la prise en charge des toxicomanes: il s'agit de ne pas aller plus vite et plus loin que le patient. Néanmoins, le soignant est à ce moment-là également sollicité par «l'illusion thérapeutique», le vécu en miroir de l'idéalisation que vit le patient. Le projet le mieux structuré échouera s'il est porté plus par le désir des soignants que par celui du sujet. Certains projets sont des constructions qui satisfont notre désir d'être de bons soignants, mais pour lesquels le patient n'est pas prêt car, ni dans son espace interne ni dans son milieu familial, les conditions ne sont réunies pour un tel changement.

En conclusion, nous voyons que le sevrage physique est à l'intersection de toute une série de problèmes d'ordre somatique, psychique et interactionnel très complexes.

III. Les retours

Un nombre important de patients viennent demander une nouvelle hospitalisation et ce phénomène s'amplifie; ce qui nous ferait penser de prime abord à une répétition, demande une analyse plus fine!

Le chemin qui se fait avec les patients de retour une deuxième, troisième fois (nous avons depuis fin juillet abordé les quatrièmes séjours), a permis, dans la majeure partie des cas, un travail beaucoup plus approfondi. Il nous faut constater qu'il peut s'amorcer, à travers des allées et venues et des ruptures, un processus thérapeutique à long terme avec le sujet toxicomane, que ce soit en milieu hospitalier ou ambulatoire. Le patient se manifeste et fait à nouveau appel à un certain moment de sa trajectoire à l'Unité hospitalière; il s'agit peut-être encore d'une demande face à un moment de crise à l'extérieur: nous tentons d'analyser cela ensemble.

Pour le sujet toxicomane, il y a le retour dans un espace thérapeutique où il peut refaire l'expérience d'un vécu sans produit et où existent d'autres recours que le passage à l'acte toxicomane. Une relation lui est donnée à la place d'un produit. Par ailleurs, il reçoit une reconnaissance et un statut de personne au-delà du personnage de toxicomane dans lequel il s'est reconnu et a été parfois conforté par ses environnements.

C'est à travers d'une part les retours dans le lieu thérapeutique, et d'autre part la persévérance dans les diverses conduites d'addiction, que nous avons appris peu à peu à fonctionner comme une «unité de soins

intensifs psychiques» qui aide le patient à dénouer lui-même — au fil de ses répétitions — les nœuds de son histoire.

Conclusion

La fonction thérapeutique qu'offre l'Unité vise à créer, en quelque sorte, un espace transitionnel au sens où Winnicott l'entend. Je cite un passage de son ouvrage «Jeu et réalité»:

«Ce coup d'œil sur le bébé et sur l'enfant qui, eux, voient leur soi d'abord dans le visage de la mère, puis dans le miroir, indique une voie permettant d'envisager sous un certain angle... la tâche thérapeutique... A tout prendre, ce dont il s'agit, c'est de donner à long terme en retour au patient ce que le patient apporte.»

Je vous propose de conclure sur cette métaphore, en vous remerciant de votre attention.

MÉTHADONE ET MÉDECINE DE VILLE

*Gérard Eichenberger**

1. Introduction

Dans le contexte hollandais qui nous sert souvent de référence, le traitement de patients toxicomanes par la méthadone, dans les cabinets de médecins privés, obtient un mauvais score. La législation genevoise permet ce type de prise en charge, et je la pratique depuis 18 ans dans le cadre d'un cabinet de médecine interne.

Le but de cette analyse n'est pas de démentir cette évaluation néerlandaise, mais de décrire les questions qui se posent, au patient et au médecin, au cours de ce travail de longue haleine, puis de faire un essai d'intégration des observations dans des concepts plus généraux, dans l'espoir, toujours un peu utopique d'obtenir une attitude plus cohérente dans l'approche de la toxicomanie.

2. Définitions

Tous s'accordent à dire que, dans la pathologie de la toxicomanie, il faut considérer trois éléments: le produit, l'environnement, le sujet. L'hypothèse de la thérapie avec la méthadone est, qu'en acceptant et contrôlant l'usage d'un produit analogue, on peut finir par influencer les deux autres paramètres.

En raison d'un choix préalable, ce travail veut se situer en dehors de la dialectique du pour ou du contre, dont les éléments sont connus de tous.

* Docteur Gérard Eichenberger, 70, route de Florissant, CH-1206 Genève.

Il me semble cependant essentiel de relever une difficulté de langage et de lecture. Dans cette approche à trois volets apparaît une difficulté sémantique: le médecin s'approprie volontiers des termes juridiques ou biologiques pour parler du produit; des termes sociologiques pour parler de l'environnement; il est d'autant plus tenté de le faire qu'un certain flou nosologique rend difficile l'introduction de termes du vocabulaire médical dans le système d'évaluation. De ce glissement terminologique, hors du champ médical, peut résulter une ambiguïté quant à l'objectif poursuivi: contrôle social ou thérapie de patients?

Je m'astreindrai, en analysant l'interface patient-médecin, à me replacer dans un champ médical strict.

3. Importance que peut prendre la prise en charge de patients toxicomanes dans un cabinet

Pour cette évaluation, j'ai recensé toutes les consultations données à des patients toxicomanes d'août 1987 à juillet 1988. Le seul critère exclusif est de ne pas prendre plus de trois patients simultanément en cure longue. Ils sont ensuite classés en fonction du type de prise en charge, régulière, ou à la demande. Le Tableau donne également une indication sur le fait de prendre de la méthadone (+), de n'en avoir jamais pris (0), ou la date de la fin de la plus récente cure. Pour les groupes 3 à 6, le nombre figurant au centre représente le nombre de consultations par année.

Commentaires au tableau

Groupe 1 Trois patients sont en cure longue. Un couple est suivi depuis 15 ans. Un patient a été en cure pendant 8 mois lorsque, d'un commun accord, on choisit une autre forme de prise en charge. Ces patients sont suivis quotidiennement au début, puis ultérieurement sur une base hebdomadaire.

Groupe 2 Trois patients ont suivi une cure brève. L'un en prévision d'une prise en charge dans un autre canton. Le deuxième pour travailler à l'étranger dans un milieu sans drogue (le retour ultérieur à Genève a réussi). Le troisième pour préparer le départ dans un autre canton, avec lieu de travail et logement assuré. Une rechute rapide a nécessité le passage en cure à terme indéfini. Ce type de cure n'a de chance de réussir que lorsqu'une étape subséquente a été préparée; en règle générale, il faut préférer les sevrages en milieu hospitalier.

1 cure longue
nombre ans

15	15	0,8
----	----	-----

2 cure brève
nombre semaine

2	2	4
---	---	---

patients vus réguliè-
rement

X

← Date fin
méthode
Nombre visites par
an

3 méthadone
autre méd.

20	7	4
----	---	---

4 ex-méthadone

6 83 15	5 85 11	11 85 10	6 86 41
7 86 10	10 87 10	7 88 6	88 tel

5 vie normale

irrégulièrement

71 2	0 5	0 2
---------	--------	--------

adaptés

0 32	81 12	0 11
---------	----------	---------

désinsérés

7 6	0 2	83 8	84 5	87 14
--------	--------	---------	---------	----------

6 parents

6	54	4	3	2	2
---	----	---	---	---	---

- Groupe 3** Les patients des groupes 3 et 4 sont vus régulièrement pour des entretiens de 45 minutes. Ceux du groupe 3 sont en cure de méthadone chez un autre médecin après que je la leur avais refusée. Ils souhaitent soit maintenir un contact pour l'après méthadone, soit continuer le travail commencé.
- Groupe 4** Ces huit patients ont terminé leur cure de méthadone, soit chez moi, soit chez un autre médecin, les deux plus anciens voici 5 ans. L'un d'eux maintient un contact téléphonique bimensuel depuis le pays dans lequel il s'est reconstruit une existence; il est actuellement en SIDA actif.
- Groupe 5** Onze patients ont été vus sporadiquement à l'occasion de problèmes ponctuels. Trois mènent une vie normale, trois sont stabilisés dans la toxicomanie, cinq sont désinsérés. Aucun ne prend de la méthadone, cinq n'en ont jamais pris.
- Groupe 6** Les parents de six patients ont été vus pour discuter d'un problème spécifique de leur enfant.

En résumé

Par ce Tableau, il est possible de démontrer que, pour trois patients en cure longue, face visible de l'iceberg, vingt-deux autres ont été suivis dans un contexte non centré sur la prise d'un médicament. La méthadone ne représente qu'une phase, plus ou moins longue, plus ou moins «nécessaire», dans la biographie de ces patients, qui ont donc un avant, un après, et un autre pendant. Ce recensement donne une image quantitative, du moins dans le cadre de ma pratique. Il est aussi intéressant de relever qu'un médecin peut continuer ou prolonger le travail d'un autre. Ces rotations ne me gênent pas, elles nous permettent au contraire de garder une certaine spécificité dans notre intervention.

4. Problèmes posés par les cures à terme non-défini

Pour sérier les problèmes posés par ce type de cures, je choisis d'identifier trois phases principales en fonction de trois objectifs principaux. Si l'ordre de ces phases est immuable, tous ne parviennent pas à les franchir toutes, et la durée de chacune des phases peut prendre plusieurs années.

a) Première phase, introduction

Il convient comme première démarche de situer la place du praticien dans l'ensemble médical. Pour concevoir l'instrument thérapeutique comme un tout, je veux lui donner l'image d'un volume. Un volume se définit selon trois axes.

Un premier axe est formé par les institutions d'état ou fondations privées qui prennent en charge ces patients. Leur caractéristique est de réunir un collectif relativement homogène de patients pour répondre à une hypothèse thérapeutique ou à un type spécifique de demandes. La durée d'observation est limitée par la durée du programme. Cette façon de procéder permet de recueillir des données précises et de valeur scientifique. La diffusion ultérieure de ces données permet de faire le choix du meilleur traitement possible à un moment donné.

Un second axe est constitué par la recherche fondamentale, tant pharmacologique, médicale, que sociologique et autre. Elle nous donnera les éléments rationnels dans lesquels s'intégreront les connaissances cliniques, et permettront de formuler de nouvelles hypothèses.

Le troisième axe, longitudinal dans le temps, est celui du praticien. Son rôle est d'observer, de façon aussi attentive que possible, l'interaction des éléments entrant en jeu. Toute notion quantitative est absente de ce type d'approche. Il ne s'agira pas non plus de vouloir formuler des règles générales à partir de cas particuliers.

Dans ce tout, chacun trouve sa place: l'un pour formuler des hypothèses, le second pour les vérifier dans un champ restreint, le dernier pour les valider dans le champ large de la réalité.

b) Le patient en première phase ou début du cure

L'objectif qui lui est proposé est *la soumission* aux conditions du contrat thérapeutique. Au début, son comportement plus que son discours peut-être, est essentiellement centré sur tout ce qui a trait à la dose de méthadone qu'il pourra obtenir du médecin. Il continuera donc de fonctionner selon les règles qui se sont avérées efficaces dans la rue, à savoir que tout ce qui permet d'obtenir davantage de drogue est licite. Le code de morale qui censure d'autres sphères de son existence ne s'appliquera pas au produit. Toute une série de facteurs vont s'opposer à la soumission: il faut prendre en compte au départ la sévérité du chaos et de la déstructuration de certaines existences. Il faut aussi laisser une certaine place aux pulsions venant de la profondeur de l'être, soit: les pulsions ludiques, les comportements dangereux, le désir de recréer périodiquement le plaisir initiatique,

les réactions de nature auto-punitives ou de sabotage. Enfin le mode de relation auquel le patient a été habitué va jouer un rôle perturbateur : la recherche de l'épreuve de force avec le thérapeute, plus tard la nécessité de mettre à l'épreuve la solidité de la nouvelle relation naissante.

Une difficulté supplémentaire se rencontre dans le traitement du couple marié. Nous avons à faire alors à une relation triangulaire avec une dynamique propre au couple qui s'était constitué selon toute vraisemblance pour des raisons d'opportunité ou d'affinité toxicophile. Ainsi, toute tendance à la distenciation de la drogue sera vécue comme une menace pour l'existence du couple et s'opposera foncièrement à l'objectif thérapeutique.

Durant cette phase initiale, toutes ces pulsions et interférences s'exprimeront sur le mode de la rechute, du recours à l'héroïne. Dans cette première étape, durant laquelle la soumission doit être acquise et intégrée, il semble donc périlleux de juger, et de la motivation profonde du patient, et de la qualité du thérapeute sur un score de dérapages par rapport aux règles auxquelles on avait souscrit. Je crois que, ce faisant, on cerne davantage l'aveuglement de l'observateur ou la ruse du sujet. Il existe cependant une « élite » capable d'adhérer rapidement aux règles ; je reste critique et crains qu'il s'agisse davantage d'opportunisme que de maîtrise.

Ces remarques sur les transgressions n'ont rien à voir avec la rigueur que le médecin doit s'imposer dans le maniement de ce produit.

Cette première phase s'achève par l'intériorisation, partielle du moins, d'un certain nombre d'interdits. Certains patients n'atteignent jamais ce premier objectif principal.

c) Le médecin face au patient dans la première phase

Le médecin a un double problème au départ : le premier de déterminer son attitude face au patient, le second de se référer à un modèle thérapeutique.

L'attitude initiale va osciller entre deux pôles : le pôle répressif et le pôle emphatique.

L'attitude répressive est illustrée par la référence continue aux exigences du règlement, avec menaces d'exclusion en cas de mauvais comportement, et gratification en cas contraire. Cette attitude conduit, dans son aspect négatif au mensonge, à la dissimulation, au calquage de la personnalité du patient à celle du thérapeute. Elle renforce l'égo du médecin. Dans son aspect positif, cette attitude est structurante et sécurisante.

L'attitude emphatique accepte les manifestations des pulsions profondes jusqu'à un certain point qui permette de les identifier et plus tard de les gérer sur un mode moins dangereux. C'est le côté positif. Le côté

négalif est de prêter flanc aux impatiences de l'extérieur. Il existe aussi un risque de dérapage à deux et de dépression qui se solde par une rupture du contrat induite par le médecin de façon consciente, voire inconsciente.

d) Le médecin face au modèle conceptuel

Dans sa pratique habituelle, le médecin fonctionne selon une approche analytique du problème, c'est-à-dire: la précision de l'observation des symptômes et des signes conduit à définir une forme clinique. La validation se fait par des mesures scientifiques exactes. On définit ainsi un diagnostic provisoire dont découle un traitement précis et programmé dans le détail. Le résultat du traitement module finalement l'exactitude du raisonnement suivi.

En toxicomanie, ce modèle n'est pas opérationnel. Le patient se présente pour vous imposer le traitement qu'il estime lui convenir. L'anamnèse est biaisée par cette exigence. Les signes cliniques sont uniformisés par la constance des effets des produits utilisés. Le diagnostic de base, qui forme un large éventail qui va de l'attitude caractérielle à la psychose, ne peut être précisé avant la décision à prendre.

Nous devons donc renoncer à l'approche analytique et nous entraîner à l'approche systémique dans laquelle nous évaluons l'interaction entre des éléments. Il faut ensuite appuyer la décision sur une perception globale de la situation. On agira en se fixant des objectifs successifs et, pour cela, il faut coordonner notre action avec celle des autres intervenants sur pied d'égalité. La validation se fait par l'amélioration du fonctionnement du patient.

Prendre conscience de cette nouvelle dialectique doit éviter au médecin de s'engager seul, ou avec une idée simplificatrice dans ce processus, quelle que soit sa compétence apparente dans son champ d'action.

Le modèle le plus proche que je connaisse en médecine est celui de l'interruption de grossesse, situation qui présente une double ressemblance: 1. le patient se présente avec une demande thérapeutique précise, 2. la décision sera prise en fonction de l'interaction des mêmes facteurs que nous identifions en toxicomanie, à savoir les facteurs médicaux, juridiques, sociaux, géo-politiques, enfin éthiques. Dans l'interruption de grossesse, le droit est reconnu au médecin de ne pas intervenir au nom de l'éthique. D'autres acceptent d'intervenir au nom de la tradition médicale hippocratique. Ces deux droits ne sont pas mutuellement exclusifs.

Par analogie, il est admissible de refuser le traitement avec la méthadone au nom de l'éthique. Mais condamner *a priori* ce mode de traite-

ment globalement au nom de l'éthique est une tout autre démarche qui s'opposerait au droit hippocratique.

Une remarque s'impose brièvement sur la formation du médecin : contrairement à ce qui est le cas dans d'autres villes universitaires suisses, il n'existe pas à Genève de programme expérimental de méthadone. De ce fait, le médecin genevois n'a pas la possibilité d'acquérir, en milieu contrôlé, les connaissances critiques nécessaires avant d'en faire l'expérience dans sa pratique.

En tout état de cause, en ce qui me concerne, j'ai toujours présenté à mes patients la méthadone comme une drogue légale, et il n'existe aucune ambiguïté dans cette affirmation de principe. La valeur symbolique de cette démarche est l'acceptation du patient dans son entité existentielle.

5. Cures à long terme: deuxième phase

Durant cette phase, l'essentiel porte sur des objectifs de nature pédagogiques et d'apprentissage professionnel.

a) Le patient

Une première acquisition fondamentale consiste à apprendre à *gérer le temps*. Précédemment, tout était rythmé par l'intervalle séparant deux prises de produit, avec alternance de léthargie et d'angoisse. Ce système est particulièrement efficace pour occulter les problèmes existentiels, mais son effet pervers est d'entraîner une régression majeure dans l'échelle personnelle et sociale. La méthadone permet l'étalement du temps à 24 heures dans la phase initiale, puis l'intervalle s'accroît en fonction des acquis nouveaux qui comblent progressivement un vide spatial toujours dangereux.

Un second thème est la *maîtrise de l'argent* en tant qu'instrument de pouvoir. Le sujet était habitué à manier de fortes sommes d'argent au détriment d'autrui, donc sans valeur affective. Il va devoir faire cet apprentissage impossible qui consiste à vivre avec un budget minimal, tout en s'exerçant à se créer des plaisirs qui tous impliquent un surplus d'argent.

Un troisième thème est celui de l'acquisition d'une *identité sociale* à travers la transformation du corps par la prise de poids ou d'une nouvelle dentition par exemple, par le changement de l'habillement, de l'habitat, par l'acquisition d'une identité professionnelle provisoire, mais souvent dévalorisante au début. La découverte d'une séropositivité peut briser le processus à ce stade.

Les intervenants extérieurs importants sont les mêmes que durant la première phase, à savoir, la famille, les assistants sociaux, les lieux de travail, les débiteurs. Sans décrire leur mode d'intervention, il est essentiel de mentionner leur rôle déterminant, à tout moment.

b) Le médecin en seconde phase

Celui-ci n'est pas l'interlocuteur le plus compétent pour tous ces thèmes. Cependant, du fait des entretiens réguliers qui ont habitué le patient à discuter de tous les problèmes du quotidien, le médecin bénéficie d'un transfert positif. Son rôle consistera à faire en sorte que le patient puisse apprendre que les événements et les attitudes des gens ont une *signification*. Par l'apprentissage du principe du décodage, il pourra améliorer son mode de relation. Découvrir le même phénomène envers lui-même sera le thème de la troisième phase.

Sur le plan médicamenteux, la méthadone ne fait plus l'objet de négociations. Les doses sont intermédiaires (20-40 mg). Il y a peu de médicaments associés. Les contrôles urinaires sont importants pour prévenir tout décalage entre le discours et la réalité.

Ce processus peut se bloquer. Il faut alors préparer le transfert à un autre mode de traitement.

6. Cures à long terme: troisième phase

La troisième phase est centrée sur l'approche des problèmes de fond.

a) Le patient

Dans son descriptif extérieur, il est libéré de ses dettes, sa place dans la société est encore provisoire. Il ne s'identifie plus par rapport aux autres toxicomanes, mais développe une échelle de valeurs personnelle.

Il doit être suffisamment solide pour que les découvertes qu'il va faire en lui ne le remettent pas en danger; pour cette raison, il faut avancer à son rythme, souvent trop lent au gré du thérapeute. Le mécanisme opérationnel est l'analyse du rapport entre les attitudes existentielles et le vécu affectif ou biographique.

Plusieurs thèmes se retrouvent avec constance.

Un premier est celui de la *violence*. Nous entendons ici une violence profonde, originelle, que l'instinct de survie lui commande de maîtriser à

tout prix, au prix de la toxicomanie. Un exemple peut être révélateur de la méthode de gestion de la violence au cours des trois phases: pendant les premiers mois de traitement, ce patient vient toujours avec un couteau caché dans sa botte: le couteau, dont il ne s'est jamais servi, est un signe extérieur de protection. Dans la seconde phase, il change de méthode: la fuite devant toute situation conflictuelle. Cette méthode est moins dangereuse pour autrui, mais davantage pour lui. Il se déprime profondément. Il évite toute confrontation conjugale, parentale, professionnelle, il devient un patient exemplaire. Malgré une scolarité exemplaire, il se contente de travaux de manœuvre; certain d'être à la hauteur de ces tâches, il évite ainsi toute réprimande et les réactions qu'elle susciterait en lui. Il fuit ces échecs en tombant malade, et reste claustré pour plusieurs semaines. Ce cycle se répète plusieurs fois. Lorsqu'il reprend le travail, il prend des calmants en auto-médication pour s'anesthésier à l'agression de l'environnement. Cette fuite le déprime, et le cycle s'autoperpétue. Dans la troisième phase, il a découvert la force de la parole qui lui sert à gérer ses conflits au travail, et ailleurs par la suite: il améliore rapidement son mode de relation avec l'extérieur. N'ayant plus peur de sa propre violence, il «oublie» de prendre les médicaments. Il est intéressant de remarquer que c'est rarement la volonté rationnelle du médecin qui détermine l'arrêt du médicament, mais un mécanisme de défense du patient, comme l'oubli; un autre patient est venu un jour en me déclarant qu'il était devenu subitement «allergique» aux médicaments, et n'a plus pris aucune pilule depuis ce jour pour quel que prétexte que ce soit.

Un second thème fondamental est la *culpabilité de vivre*, avec la souffrance en surface. La culpabilité tire son origine dans l'inaptitude à avoir répondu à l'attente parentale et la souffrance dans la quête inassouvie du besoin d'être aimé, dans la situation d'inadéquation entre la nécessité d'avoir été aimé par une «bonne mère» et le vécu primitif, indépendamment peut-être du vécu objectif. Renoncer à vivre est une des solutions possibles.

La parabole du jugement de Salomon nous donne la clef de la relation qui existe entre la qualité de l'amour maternel, la vie et la mort. J'en rappelle sommairement le thème: deux femmes ont chacune un enfant; elles vivent sous le même toit; un matin, un enfant est trouvé mort; chacune prétend que c'est l'enfant de l'autre. Salomon doit arbitrer le différent: il propose de couper l'enfant survivant en deux parties pour en donner une moitié à chacune. L'une accepte la proposition, l'autre la refuse: ainsi sont définies deux qualités d'amour: l'une au profit de la mère impliquant la mort, l'autre au profit de la vie de l'enfant au prix du renoncement à la possession.

Nous avons souvent l'occasion d'observer en toxicomanie que le sujet prend sur lui le risque de la mort dans l'espoir désespérant et désespéré de susciter l'amour, en tentant de dépasser le désir parental à travers sa propre mort.

Lorsque, plus tard, on demande au sujet ce que lui apporte ce genre de découvertes, il répond que cela lui permet de se réconcilier avec lui-même, de ne pas se considérer comme tellement mauvais puisqu'il avait été capable de découvrir ces faits sans ressentir ni haine, ni dépit, ni même regret.

Ce thème, d'être conforme à l'attente parentale pour mériter leur amour, est tellement central que j'aimerais l'illustrer par deux exemples malgré la retenue qu'imposerait la confidentialité.

Cas 1 Une patiente vit la toxicomanie sur le mode d'une fatalité passive. Elle vit une relation fusionnelle avec sa mère. Elle l'admire sans limites et se réfère à elle dans tous ses jugements. Après 10 ans de mariage, elle lui rapporte quotidiennement tous ses faits et gestes. La mère lui achète encore tous ses habits et sous-vêtements. Bien qu'intelligente, elle achève sa scolarité à 16 ans, au 3^e degré primaire: elle «n'avait pas de mémoire». A 16 ans, elle découvre les amphétamines et le LSD et passe à l'héroïne i.v., après un mauvais trip, avec son futur mari. La mère n'assistera pas au mariage, seule absente. Elle fuit à Genève lorsque sa mère signe un internement psychiatrique, la loi de son pays le permet. Elle commence un traitement chez moi, ne parlant pas le français, son mari traduit.

Dans la troisième phase, elle découvre que sa mère n'aimait les enfants vraiment que tant qu'elle pouvait les allaiter, ce qu'elle faisait jusqu'à la naissance suivante; sept enfants naissent ainsi, tous les deux ans. Elle revit plus tard une scène qu'elle situe entre l'âge de 2 et 3 ans à la mort de sa sœur cadette: sa mère lui dit qu'elle aurait préféré qu'elle meure plutôt que la petite. Elle découvre aussi que sa mère aurait souhaité que les enfants ne grandissent jamais (un frère est enurétique, une sœur obèse, etc.). Plus tard, lorsqu'elle n'était pas sage, le père la battait en présence de la mère qui riait, et on l'appelait l'esclave. Elle se laissait faire, imperturbable en les fixant dans les yeux.

A travers ces récits, elle est amenée à comprendre que sa soumission absolue découle du désir d'être en restant petite. Plus tard, elle fait le rapprochement entre la drogue, le jeu avec la mort, et le désir maternel inscrit dans sa mémoire.

Réalisant qu'elle n'est plus dépendante de la «reconnaissance» maternelle, elle est capable dans l'année qui suit de construire natu-

rellement une nouvelle relation avec elle. Elle rapporte un jour que le couple vient de découvrir l'amour conjugal après 14 ans de mariage. L'habillement devient raffiné, elle porte des bijoux, elle travaille. Pendant plus de dix ans, le traitement n'avait pas avancé d'un pouce, en apparence. Le couple exprime finalement que la drogue n'est plus le lien, mais la menace qui pèse sur le couple.

Cas 2 Un homme, fils unique, supérieurement intelligent, vit sa toxicomanie sur le mode ludique. Je traite également sa femme toxicomane. Lorsqu'elle meurt trois ans plus tard d'alcoolisme, il m'avoue qu'il la faisait passer partout comme toxicomane pour obtenir double dose (à l'époque, les tests urinaires n'étaient pas disponibles). Le traitement est souvent interrompu par de longs séjours en Inde, dans les palaces, grâce à son habileté de trafiquant. Il battait tous les records de consommation.

Entre 18 et 21 ans, il était l'un des quelques joueurs de dés pipés et de cartes truquées que les propriétaires de casinos convoquaient, en avion privé ou Rolls, lorsqu'il y avait un riche client naïf à détrousser. Précédemment, à l'époque du collège, sa mère, qu'il décrivait comme généreuse, mais toujours chez les médecins, et alcoolique cachée, lui donnait 500 frs le jeudi pour s'amuser.

En remontant le fil de sa relation avec sa mère, il découvre un souvenir enfoui. Pendant des vacances, il l'avait surprise avec un autre homme, et elle avait prédit sa mort en cas de dénonciation au père. Il n'avait pas l'âge à garder ce secret. Nous n'avons pas eu le temps de remonter plus loin dans ses souvenirs, car brusquement il demande un sevrage en milieu psychiatrique, sevrage difficile, mais docilement terminé. Il sort pour se donner la mort, le lendemain.

Ce cas serait peut-être banal s'il n'avait été possible d'identifier un bénéficiaire, la mère. Dès ce jour, elle cessa d'être hypocondriaque et alcoolique; elle ne fit aucune réaction de deuil visible; elle, que je n'avais jamais vue, m'adopta comme médecin. Depuis 10 ans, tout se passe sur le mode du non-dit, dans le souvenir lumineux d'un fils poursuivi par la malchance.

L'ultime thème que découvre le patient est celui de la *liberté*. Elle peut le conduire temporairement à des excès, mais lui permet de ressentir les premières joies profondes. C'est à travers la notion de liberté, liberté de choix possibles, que nous voyons s'atténuer la force des attitudes obsessionnelles et comportements compulsifs. La peur de la vie s'atténue. C'est donc un acquis très tardif dans l'évolution.

La découverte de la liberté annonce aussi la possibilité de rompre la relation avec le médecin.

b) Le médecin en 3e phase

Sur le plan pharmacologique, nous en sommes aux doses faibles de méthadone (5 à 20 mg). Sa fonction est davantage significative d'une identité encore floue, à cheval sur deux mondes, que d'un besoin occulte. Elle peut aussi maladroitement exprimer le désir de ne pas terminer trop vite le travail dont il devine potentiellement l'étendue. La méthadone est abandonnée lorsque le système de référence au monde toxicomane devient inopérant. Ceci peut se passer aussi bien à la fin de la seconde, que durant la troisième phase. Nous avons parfois le problème d'une toxicomanie de relai au moyen de l'alcool ou les benzodiazépines. Les médicaments centrés sur une tendance dépressive ou psychotique sont souvent nécessaire, parfois l'antabuse.

Sur le plan relationnel, le médecin se retrouve sur un terrain classique; son souci ultime est d'organiser la fin de la relation.

7. Conclusion

La position de médecin de ville, avec ou sans méthadone, permet d'observer et de suivre des patients toxicomanes à différentes phases de leur histoire. Cela permet de reconstituer et de retracer l'itinéraire qui va de la constellation traumatisante initiale à la découverte d'une certaine liberté existentielle. Ce chemin est plus sinueux que le texte pourrait le laisser croire.

Il m'a semblé aussi utile de faire ressortir une certaine spécificité du travail médical dans l'approche pluridisciplinaire. Je vois cette spécificité, non dans la recherche de la guérison, concept trop normatif, mais dans une certaine qualité d'accompagnement et d'appui pharmacologique, pour mener une personne jusqu'au point d'où elle peut, mieux que précédemment, gérer sa réalité.

A plusieurs questions, je n'ai pas de réponse:

1. Pourquoi certains patients restent-ils bloqués et ne peuvent-ils franchir les étapes ultérieures;
2. Peut-on raccourcir le temps, dangereusement long, qui semble nécessaire à la maturation: les solutions sont à chercher dans une plus grande variété ou alternance de voies thérapeutiques parallèles, dans une

meilleure formation des thérapeutes, et une coordination non concurrentielle des intervenants.

Ce qui semble certain, c'est que l'on ne peut faire l'économie de certaines étapes, et c'est dans cette perspective, également, qu'il faut évaluer le rôle de la méthadone, indépendamment d'une hiérarchie de valeurs personnelle.

LES PRINCIPAUX OUTILS CONCEPTUELS DE LA PSYCHOPATHOLOGIE DES TOXICOMANES

*A. Charles-Nicolas**

En dépit des progrès de la compréhension psychopathologique et des théories du conditionnement ou cognitives ainsi que la découverte des endorphines, le phénomène toxicomane demeure largement énigmatique.

Le terme toxicomanie est entendu ici dans son acception processuelle qui suppose une dynamique de l'appétence et de l'assuétude laquelle tend à pérenniser le comportement de prise de drogue.

Le champ sémantique de la toxicomanie est à ce point flou que la première question que nous devrions poser c'est: «La Toxicomanie existe-t-elle?»

Thomas Szasz répond: «Non, la Toxicomanie n'existe pas, c'est une construction artificielle du discours médical.»

D'autres auteurs, notamment sociologues, avancent que la Toxicomanie n'est que l'émergence de conditions sociales défavorables et qu'il n'y a pas lieu d'isoler une entité toxicomanie.

Ainsi donc est-on en droit de s'interroger sur la pertinence de la psychopathologie comme outil conceptuel pour aborder la toxicomanie.

A. Position du problème

Il n'est pas du tout établi que la dimension psychopathologique intervienne dans le processus toxicomane. Si pourtant, pour la plupart d'entre nous, l'expérience clinique renforce tous les jours l'évidence de la

* Médecin-Directeur, Centre Pierre-Nicole, 27, rue Pierre-Nicole, F-75005 Paris.

présence d'une dimension psychopathologique dans les toxicomanies, il faut bien reconnaître qu'à considérer objectivement la diversité des conceptions de la Toxicomanie, les outils conceptuels psychopathologiques figurent dans la panoplie, au même titre que les outils génétiques, sociologiques et historico-géographico-économiques. Les cognitivistes et comportementalistes en particulier partagent, avec la plupart des communautés anglosaxonnes, l'idée qu'il n'y a pas de psychopathologie toxicomaniaque. La preuve, disent-ils, c'est qu'il n'y a pas de profil de personnalité toxicomaniaque.

Parmi les toxicomanies, il y aurait des troubles de la personnalité mais pas davantage que dans la population générale, et surtout cette pathologie n'aurait aucun rapport avec le comportement toxicomaniaque.

A l'intérieur de ce débat se pose la question de la distinction entre normal et pathologique que nous ne pouvons aborder ici.

Cependant, le fait qu'il existe des toxicomanes à personnalité «normale» nous semble compatible avec le cadre psychopathologique. S'il s'agit bien de toxicomanes *dépendants*, la Drogue tient un rôle dans le fonctionnement psychique du sujet et ce rôle dépend du type de fonctionnement *avant* la drogue; que ce fonctionnement soit normal ou pathologique, le problème n'est pas là.

Ainsi, bien que le portrait psychologique du toxicomane soit une chimère, il n'est pas question pour autant d'abandonner l'outil psychopathologique, ce qui reviendrait à jeter le bébé avec l'eau du bain.

Commençons donc par faire un bref constat de la clinique quotidienne des Toxicomanies. Quelles que soient les théories, le tableau clinique constitue une première approche susceptible d'entraîner une adhésion large et nous confirmerons ainsi que la pathologie est pertinente dans notre champ, tant il est vrai que, comme le disent les Anglais, la preuve du pudding est dans le pudding.

B. Clinique de la toxicomanie

L'expérience montre que le consommateur de LSD n'est pas un toxicomane; une telle assertion met en lumière l'infiltration idéologique de la pratique scientifique et les publications traitant de la toxicomanie à partir d'exemples de consommateurs occasionnels de LSD et de haschich analysent en réalité des cas d'adolescents non toxicomanes.

L'usage du haschich peut relever du comportement toxicomaniaque mais aussi de la conduite sociale. L'usage occasionnel d'héroïne ne prend sa signification toxicomaniaque que restitué dans le contexte du sujet (par exemple, et très schématiquement, quatre injections d'héroïne séparées par

des intervalles de deux jours n'ont pas le même coefficient toxicomane, en tant que symptôme, que si elles sont séparées de deux mois d'intervalle).

Si l'héroïnomanie, dans sa présentation habituelle d'intoxication pluri-quotidienne au long cours, réalise une «toxicomanie paradigmatique», certaines amphetaminomanies, certains alcoolismes et certaines barbituromanies apparaissent tout aussi exemplaires de la pharmacodépendance.

En effet, ce sont les modalités de la consommation (fréquence, augmentation des doses, dépendance) qui fondent le comportement toxicomane et non la nature de la substance, encore moins son caractère illicite. Dans cette perspective, la classification drogues dures - drogues douces demeure au second plan par rapport à l'appétence toxicophile. Elle revient au premier plan lorsque l'on fait le bilan des conséquences physiques et psychiques de l'intoxication et du mode d'existence toxicomane. D'ailleurs, les plus dures ne sont pas celles qu'on croit !

Quoiqu'il en soit, l'expérience montre la diversité des trajectoires qui mènent à la drogue et aussi la diversité des relations à la drogue. Rétrospectivement, quand on reprend les histoires de vie, une typologie empirique se dégage dont l'intérêt est essentiellement didactique :

a) **Les toxicomanies conjoncturelles**

Le déclenchement du comportement toxicomane est directement lié à la conjoncture sociale qui joue ici le rôle décisif tandis que de nombreux entretiens n'ont mis à jour aucun trouble psychiatrique. L'offre d'héroïne, parée de ses plus beaux atours, aidée du discours «contre-culture drogue», trouve, dans la précarité transitoire du contexte insertionnel de l'adolescent, une complicité ponctuelle pour mordancer le comportement toxicomane. Puis l'accessibilité organise la répétition. Ces cas se voient chez les amis et compagnes de toxicomanes et dans les toxicomanies d'évolution courte (1 à 4 ans).

b) **Les toxicomanies asociales**

Ici le rapport à la loi est essentiel. Les injections intraveineuses évoquent la transgression, le passage à l'acte : les vols, escroqueries, etc. qui scandent la biographie. L'impulsivité infiltre la plupart des actes de la vie quotidienne et l'inconsistance des projets, la fougue des initiatives vont de pair avec une «amoralité psychopathique». L'intoxication aggrave la pathologie.

c) **Les toxicomanies «biochimiques»**

On est plus proche du besoin que du désir. La durée de l'intoxication est bien plus longue que dans le premier cas. La prédisposition se

traduit très tôt, notamment par l'attrance précoce et prégnante pour les drogues licites, et ce, indépendamment d'une conjoncture d'offre. Les sujets recherchent activement des modifications de l'état de conscience et des sensations particulières. Le vécu de ces modifications et sensations aboutit à l'émergence d'une néoesthésie, une nouvelle relation conflictuelle esthétique à soi et au monde nécessairement conflictuelle.

d) **Les toxicomanies symptomatiques**

L'intoxication est en réalité une automédication de troubles psychologiques. Les entretiens ont mis en évidence le caractère fonctionnel de la toxicomanie (il s'agit de polytoxicomanies restant souvent dans les limites du légal), véritable thérapeutique de l'angoisse, de dépersonnalisation. La drogue est prise pour éviter l'affrontement avec les tracas œdipiens ou pré-œdipiens. Lorsque l'intoxication cesse, apparaissent des phobies multiples, un ennui, une homosexualité très conflictuelle, une angoisse importante, diffuse, flottante, parfois des manifestations dissociatives, des hallucinations psycho-sensorielles, des symptômes obsessionnels.

Ici, on est plus proche du désir que du besoin.

C. **L'outil psychopathologique par rapport aux modèles**

Le retour à la clinique montre donc qu'il existe des *relations à la drogue* fortes qui d'un individu à l'autre varient en fonction de leur sens par rapport à l'histoire du sujet; en d'autres termes, leur place dans le fonctionnement psychique peut être différente d'un individu à l'autre.

Voyons maintenant, à partir de postulats théoriques, les modèles explicatifs de la toxicomanie puisqu'elle existe. Nous ne les verrons pas tous, il en existe au moins quarante-trois selon une recension du NIDA. En-deçà de ce nombre si important de théories différentes de la toxicomanie, on peut inférer quatre axes théoriques fondamentaux à partir des réponses à ces deux questions:

- le toxicomane est-il responsable de sa maladie?
- le toxicomane est-il l'agent de sa guérison?

Selon le croisement des réponses, on aboutit à un modèle moral, à un modèle médical, à un modèle religieux ou à un modèle compensatoire.

Notre approche psychopathologique se situe à cheval sur les deux modèles théoriques: modèle médical et modèle compensatoire. Le toxi-

comane n'est pas responsable de sa toxicomanie; il est l'agent de sa guérison avec notre aide; celle-ci n'a rien à voir avec les exhortations du type «ressaisissez-vous» ou «c'est une question de volonté» (modèle moral). Si le sujet vient consulter, c'est parce que son comportement reste inaccessible au raisonnement et à sa propre volonté. C'est lui qui s'en sort mais il a besoin d'aide.

D. Le modèle psychopathologique

Le comportement toxicomane est considéré comme une disposition affective particulière de l'individu à recourir à des substances psychotropes, disposition qui résulte de défauts dans l'organisation du moi et de perturbations du narcissisme.

Le symptôme toxicomane devient un mode d'organisation particulier du sujet qui supprime les mécanismes adaptatifs plus habituels que sont la formation des symptômes névrotiques ou de traits de caractère particuliers.

La lutte contre les émotions désagréables, l'anxiété et la dépression trouvent chez le toxicomane une issue par la porte de la drogue: les affects étant peu mentalisés, ils laissent place à une sensation de malaise corporel intense où les sensations somatiques sont au premier plan. Le toxicomane recherche donc une substance externe protectrice toute puissante dont il dépend totalement pour maintenir l'angoisse à un niveau tolérable.

Les causes de la toxicomanie ont été rapportées à des troubles de la relation mère-enfant tandis que d'autres en font un avatar de la crise d'adolescence. Nous y reviendrons. L'important, me semble-t-il, est de garder à l'esprit l'option thérapeutique, la perspective d'être utile. Or, l'expérience montre que, lorsque l'on privilégie la structure aux dépens de la relation à la drogue, on aboutit à une impasse thérapeutique.

En effet, les psy structuralistes affirment que la toxicomanie ne représente qu'un épiphénomène qui prend place dans la symptomatologie de la psychose ou de la névrose. Ce faisant, ils se réfèrent à la fameuse métaphore du cristal que Freud avait proposée en 1932 dans *Les Nouvelles Conférences*: «Jetons par terre un cristal, il se brisera, non pas n'importe comment mais suivant ses lignes de clivage, en morceaux dont la délimitation, quoique invisible, était cependant déterminée auparavant par la structure du cristal. Cette structure fêlée est aussi celle des malades mentaux.» En négligeant l'étude de la relation à la drogue pour se précipiter vers le diagnostic de structure, on s'éloigne de toute implication thérapeutique puisqu'on assimile le traitement des toxicomanes à celui de la névrose ou de la psychose. Or, c'est cette standardisation qui, à mon avis, a entraîné en

Hypothèse étiologique	Modèle	Hypothèse thérapeutique
le toxicomane est-il responsable de sa toxicomanie?	Modèle religieux <pre> graph TD A[oui] --> B[Modèle religieux] C[oui] --> B D[non] --> E[Modèle compensatoire] F[oui] --> E </pre> Modèle compensatoire	Le toxicomane est-il l'agent de sa guérison?

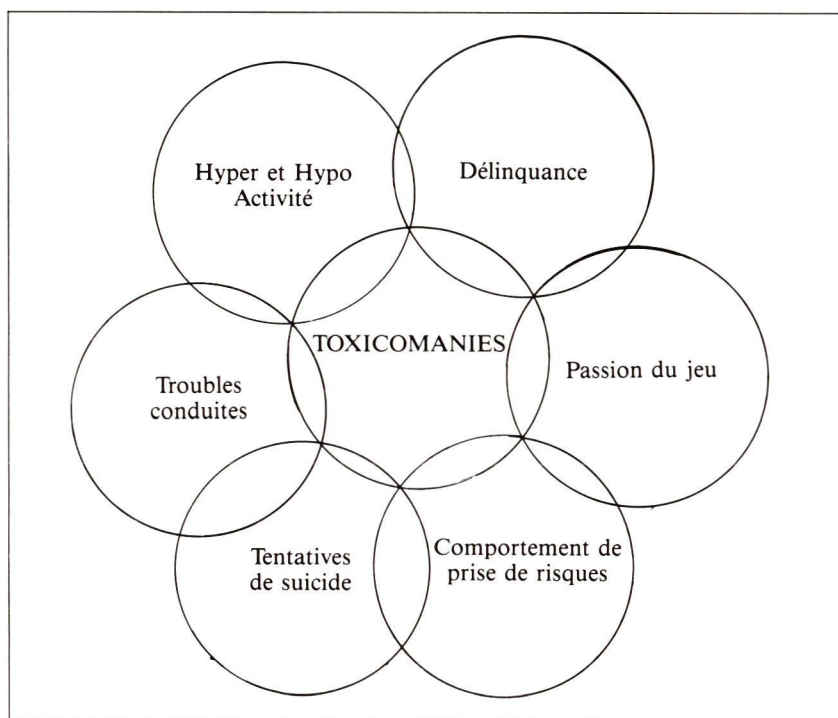
Modèle religieux: Le toxicomane, comme le pécheur reçoit la guérison d'un «Higher Power».

Modèle compensatoire: Le toxicomane doit trouver un substitut de la drogue, suffisamment fonctionnel pour compenser la perturbation.

Hypothèse étiologique	Modèle	Hypothèse thérapeutique
le toxicomane est-il responsable de sa toxicomanie?	Modèle moral <pre> graph TD A[oui] --> B[Modèle moral] C[oui] --> B D[non] --> E[Modèle médical maladie] F[non] --> E </pre> Modèle médical (maladie)	Le toxicomane est-il l'agent de sa guérison?

Dans le Modèle moral: Le toxicomane, en tant que seul responsable de la maladie, se doit d'y porter seul remède.

Dans le Modèle médical: la maladie est due à un agent extérieur; la guérison vient d'un traitement extérieur.



La Toxicomanie s'inscrit dans le contexte de troubles des conduites fréquents à l'adolescence.

France l'échec des hôpitaux psychiatriques classiques à aider les toxicomanes. C'est cette non-prise en compte de la relation à la drogue qui les fait fuir dès le deuxième jour d'hospitalisation. Et d'ailleurs, parmi les symptômes particuliers à ces catégories nosographiques; psychose et névrose, on ne retrouve pas la toxicomanie! A partir du moment où on quitte la dichotomie psychose-névrose pour faire place à une troisième voie, à un champ bien plus large que le secteur étroit des perversions, je veux parler des organisations anaclitiques, des pathologies du narcissisme ou des états-limites, on introduit la toxicomanie comme symptôme évocateur, voire comme critère d'inclusion et l'on peut enfin reconnaître l'existence de la toxicomanie en tant qu'entité. Ce qui d'ailleurs n'est pas contradictoire avec l'existence des toxicomanies névrotiques et psychotiques... minoritaires. Toutefois, si l'on ne veut pas que la théorie fasse obstacle à la thérapeutique, il convient de subordonner le point de vue structural au point de vue économique. En

d'autres termes, les outils conceptuels psychopathologiques qui sont thérapeutiquement opératoires sont du registre non pas de la structure mais du registre du fonctionnement mental.

E. Les outils conceptuels psychopathologiques

Rappelons tout d'abord, qu'à côté des outils spécifiques à la toxicomanie, il existe des outils, non spécifiques, mais ô combien utiles pour faire face à l'anxiété et à la dépression chez le toxicomane.

Certaines conceptions mettent l'accent sur l'importance des relations mère-enfant dans la prime enfance. Ainsi, une mère qui ne distinguerait pas la signification des cris de son bébé et y répondrait systématiquement par l'administration de nourriture, favoriserait-elle le recours ultérieur du sujet à des pratiques d'incorporation (de nourriture, de drogue) à la place des processus de mentalisation. De même, une mère qui anticiperait anxieusement sur l'expression par l'enfant de ses besoins, au point de ne jamais laisser place à la survenue d'un manque quelconque (c'est le «manque du manque»), pourrait le rendre intolérant par la suite aux frustrations minimales et faciliter le recours aux drogues sédatives et à une dépendance rassurante. De telles configurations mère-enfant peuvent toujours se retrouver *a posteriori*, mais comment confirmer un lien linéaire de cause à effet entre elles et la dépendance psychique?

Quoiqu'il en soit, si certains enfants n'ont manqué de rien, d'autres ont manqué de tout. Ceux-là, abandonnés par leur mère, gardent parfois la conviction «de ne pas valoir le coup qu'une mère s'occupe d'eux», ou traînent la culpabilité de n'avoir pas su la retenir. La consommation de drogue prend alors pour eux le sens d'une tentative anti-dépressive ou d'une manifestation auto-punitrice de la haine de soi.

D'autres théories psychopathologiques insistent, elles, sur la défaillance paternelle. Le père n'aurait pas introduit la loi dans la relation que noue l'enfant avec le monde et celui-ci aura plus tard tendance à transgresser et à s'appuyer sur la dépendance en lieu et place de cette loi manquante. Souvent, l'on souligne les difficultés de l'enfant à s'identifier à ce père disqualifié ainsi que son impossibilité à «se représenter en tenue d'adulte» et à se projeter dans un rôle social. L'effet chimique de la drogue, ainsi que la dépendance, l'aident alors à maintenir l'illusion qu'il est un enfant sans responsabilité.

Dans un troisième ordre d'explications, on rapporte aux bouleversements de l'adolescence l'origine de la toxicomanie: pour faire face aux pulsions nouvelles, érotiques ou agressives, l'adolescent normal doit faire des efforts complexes d'adaptation psychique. Certains, incapables de fournir

ces efforts, vont recourir à la drogue pour «geler les pulsions». Certains symptômes, il est vrai, surviennent électivement à l'adolescence, alternance entre épisodes de toxicomanie et épisodes d'anorexie ou de boulimie, ou encore épisodes de violence non maîtrisable.

Ailleurs enfin, la famille est mise en cause. On y note la fréquence de conduites d'intoxication. On explique que parfois les haines mobilisées par les conflits familiaux se sont exprimées de façon traumatisante à l'endroit de l'enfant qui sera tenté d'engourdir son angoisse avec un toxique. D'autres fois, la famille, soudée autour d'une mission collective ou d'une préoccupation (crainte de la mort par exemple), aura tendance à maintenir l'enfant en situation de dépendance.

Au-delà des théories plus ou moins explicatives, c'est en fait la réalité clinique de la dépendance qui montre la complexité des mécanismes en jeu. Décrivant le «comment» de l'itinéraire toxicomane et tentant de saisir le sens des conduites, on retrouve des interactions pathogènes dans l'enfance, des fonctionnements familiaux déséquilibrés et des réactualisations de conflits au moment de l'adolescence. Cette dimension psychologique se conjugue avec les hypothèses biochimiques sur la régulation endorphinique, les conditions socio-économiques et culturelles et enfin l'occasion de l'offre de drogue. Tous ces éléments interviennent de façon interactive et progédiente jusqu'à la dépendance toxicomane. C'est l'étude attentive de ce que dit le sujet dépendant qui permet d'élaborer la stratégie thérapeutique et non des théories appliquées *a priori*. Il convient d'ailleurs de bien distinguer les facteurs qui interviennent dans le déclenchement de la consommation de drogue et ceux qui favorisent la structuration de la dépendance. Ou bien c'est le risque en tant que tel qui l'intéresse, malgré la répétition des injections de drogue, il ne se sent pas mieux et il abandonne la solution «risque» pour se rabattre sur celle qui s'offre à lui, la dépendance. Ou bien c'est la dépendance qui est d'emblée plus ou moins recherchée: il a confusément pressenti que la consommation de drogue durerait un certain temps, un temps bref évidemment, espère-t-il. En fait, la dépendance peut durer, s'aggraver au fil des mois et s'organiser en mode de vie. Ainsi donc, la toxicomanie peut parfois se présenter sous les apparences d'un processus qui attire les jeunes par l'appât du plaisir, pour les piéger dans un second temps par la dépendance. En vérité, c'est la situation d'être piégé qui est inconsciemment d'emblée recherchée (tout du moins chez beaucoup de toxicomanes avérés) comme un moindre mal.

En conclusion, en admettant que le premier contact avec la drogue puisse être le fait de la rencontre, voire du hasard, la poursuite de l'intoxication et l'installation de la dépendance relèvent de la psychopathologie du sujet.

Même dans ces coups de foudre pour le flash de l'héroïne qui semblent impliquer un mécanisme biochimique, on devrait s'interroger aussi sur l'implication éventuelle de la psychopathologie.

F. La relation fusionnelle

Je voudrais maintenant dire quelques mots précis sur la fusion, sujet sur lequel je travaille avec Claire Voukassovitch. Nombre de toxicomanes décrivent une relation de type fusionnel avec leur mère. Ils semblent n'avoir pas été considérés comme des individus mais comme des outils du narcissisme des parents. La mère semble n'avoir jamais su négocier la séparation-individuation. Si généralement l'enfant, au moment de quitter les objets partiels, s'identifie normalement à l'objet du désir de la mère, dans le cas de certains toxicomanes, la mère n'a pas répondu: «L'objet de mon désir c'est ton père», comme elle aurait dû le faire pour le sortir de cette position identificatoire en forme d'ornière qui le condamne à la répétition. Elle l'y laisse, elle ne dit rien et surtout pas «Ton imago c'est ton père»; elle court-circuite le père, empêchant sa médiation et créant une collusion secrète entre l'enfant et elle. Une jeune fille toxicomane disait à propos de sa mère: «Je ne peux pas partir, je ne veux pas la laisser seule, elle est dépressive.» Elle était toxicomane pour se libérer de sa mère, pour se dégager de la mission de la maintenir en vie. Claude, après un an de psychothérapie, dit qu'elle s'injectait de l'héroïne parce que: «Ma mère me prenait la tête», Fabrice, 25 ans: «Lorsque je ne dis rien, ma mère pense que je ne suis pas bien et elle absorbe des comprimés.» En revanche, quand il avait pris de l'héroïne, il pouvait parler «avec sa mère»; on est frappé par l'inadéquation de ces parents, incapables de supporter la séparation, d'entrer en conflit avec l'enfant, de dire l'interdit. Ils alternent le laisser-faire et la coercition, plus en fonction de leur propre état d'âme que pour répondre aux besoins réels de l'enfant. Le père est en retrait par rapport à une mère toute-puissante sur le corps et les pensées de ses enfants. Il n'assume pas le rôle de repère de la rupture symbolique d'avec la mère prégénitale. Il existe un clivage du groupe familial séparant le père exclu et la dyade mère-enfant. Le père finit par laisser tout pouvoir à la destructivité de la mère-enfant et dans le même temps ce fonctionnement en couple entraîne le départ du père.

Face à l'alternative symbiose ou séparation, la conduite toxicomaniaque exprime une revendication d'autonomie mais simultanément dénie la séparation et renforce la dépendance. La mère, qui de tout temps a envahi l'espace psychique de l'enfant, voit son intrusion désormais justifiée par la conduite toxicomaniaque. Lorsque finalement survient la rupture maté-

rielle avec la famille la dépendance s'accroît vis-à-vis d'objets externes, dont la drogue.

G. Le rejet

Sur le sujet, je travaille avec Martine Barbet et J.P. Cordonnier.

Toutes les situations de rejet se voient dans les anamnèses de toxicomanes et ce avec une fréquence significative. Les placements multiples et l'abandon sont interprétés par l'enfant comme un rejet. Le manque d'héroïne prolonge le manque de mère et certains toxicomanes rapprochent explicitement la recherche d'héroïne et la recherche de leur mère. Dans la répétition du manque sans cesse recréé, le toxicomane tente d'élaborer le traumatisme du rejet. En vain. Nous allons voir qu'il se rabat sur l'injection ou l'absorption.

Qu'il s'agisse de rejet officiel ou discret, les sujets se vivent comme orphelins. «Ma mère ne m'a jamais aimé.» Le mot abandon est rarement prononcé, seul l'aspect dépressif de la mère, quand elle existe, est évoqué. «Ma mère ne savait pas parler, elle criait ou elle pleurait, elle était tout le temps sous médicaments.» L'enfant se sent toujours coupable de n'avoir pas su intéresser la mère qui l'a rejeté.

H. Fusion et rejet

Notre expérience clinique montre que, dans les cas où il n'y a pas de décès, de placements, de relation fusionnelle manifeste dans leur passé, la psychothérapie peut mettre à jour, chez les toxicomanes, un mode de relation intrafamilial particulier, fréquent : la présence simultanée de la fusion et du rejet. Ce mode relationnel est difficile à appréhender par les enquêtes épidémiologiques.

«Elle me prend, elle me jette», dit une toxicomane de 23 ans à propos de sa mère, «elle intervient à tout bout de champ dans ma vie; elle me casse ma baraque et elle ne me donne pas de coup de main dans les coups durs. Elle n'essaye pas de me comprendre au fond. Elle se sert de moi comme d'un objet... Elle a besoin de moi; elle m'aime bien quand même... Elle me dit que c'est bon pour moi, alors que c'est pour elle que c'est bon. Toutes mes copines auraient bien voulu avoir à 16 ans une chambre de bonne mais quand elle m'en a cherché une, ma mère m'a expliqué qu'on n'avait pas assez de place à la maison. J'étais effondrée.

Ce type de relation, en tant qu'il maintient l'enfant dans un rôle d'objet de complétude de la mère, entrave les possibilités d'introjection et favorise

la prévalence de l'agir que l'on retrouve chez le toxicomane. Les perturbations du processus d'individuation, associées à l'insuffisance d'investissement du corps, rendent compte de la corporéisation des conflits. Le recours à la substance drogue a vocation de jouer à la fois un rôle intrapsychique de suppléance narcissique et un rôle médiateur dans les relations interpersonnelles. Le sujet ne peut reconnaître sa propre réalité qu'au prix de la toxicomanie, du risque et de la dépendance.

Ce mélange subtil de fusion et de désinvestissement, parce qu'il impose que les fonctions d'autorégulation s'établissent à partir des identifications précoces, rend compte des troubles de l'estime de soi. L'ambivalence du holding fait le lit des difficultés de la génitalisation. Néanmoins, c'est bien à l'adolescence que s'enclenche généralement la conduite toxicomaniaque. Il n'y a guère d'enfants toxicomanes. C'est face aux nouvelles données érotiques et agressives de l'adolescence, c'est face aux exigences nouvelles d'autonomie et d'identité de cette étape que le recours à la toxicomanie apparaît comme une troisième voie entre la fusion devenue trop dangereuse à l'adolescence et le rejet qui réactualiserait l'agonie primitive.

I. Confrontation avec les aspects structuraux

Pour fixer les idées, je voudrais citer rapidement les données structurales qu'évoque la clinique des toxicomanies et qui, à mon avis, rattachent les toxicomanies aux pathologies du narcissisme et aux états-limites :

- le clivage
- le désinvestissement
- la confusion désir-besoin
- l'évitement de l'effondrement
- l'existence de deux traumatismes désorganisateurs.

Le clivage est en fait double. Il y a le clivage de l'objet drogue qui donne le plaisir et le manque. La toxicomanie clive la Drogue en bonne Drogue et en mauvaise Drogue. Mais il y a aussi le clivage entre un moi sans Drogue et un moi sous Drogue. Parfois, ce clivage est manifeste pour l'observateur : « Dans ces moments-là, je ne le reconnais pas », dit l'entourage, « c'est un autre garçon complètement différent. »

Néanmoins, si l'on écoute bien, il semble que le clivage ne soit pas directement lié à l'effet chimique de la drogue ! La métamorphose du sujet a lieu avant, dès que la décision de reprendre de la drogue a finalement été prise.

Le désinvestissement n'est pas élément réactionnel ni un retrait dépressif ; c'est un manque de curiosité, une absence d'intérêt. Le sujet a perdu, à l'adolescence semble-t-il, le contact avec lui-même. La vie s'est comme

retirée de lui et il en éprouve plutôt du ressentiment que de la dépression, tout au moins au début, vers 20 ans.

Vers 35 ans, le désinvestissement devient parfois douloureux. Désinvestissement, ennui et sentiment de solitude sont la conséquence d'un double processus d'écrasement : les affects sont en excès par insuffisance des mécanismes de défense, ils écrasent les représentations et sont à leur tour écrasés par l'héroïne.

La confusion désir-besoin, contrairement aux apparences, n'est pas spécifique aux toxicomanies, elle met bien en évidence l'étroite corrélation entre celles-ci et les pathologies du narcissisme dont elle est un symptôme. Elle traduit la nécessité vitale de certains agirs. Agir boulimique, agir sexuel (dans certaines hyperactivités pathologiques), agir de la piqure (syndrome de l'asthénie de Farjol), agir toxicomane se présentent à la conscience comme nécessaires pour se sentir vivre et comme garanties externes de la réalité.

L'évitement de l'effondrement concorde bien avec l'item précédent. La conduite toxicomane défend contre l'effondrement (et ne le masque pas).

En ce qui concerne les deux traumatismes désorganisateurs, je vous renvoie aux remarquables travaux de J. Bergeret.

Je voudrais souligner pour terminer l'intérêt thérapeutique de deux outils conceptuels psychopathologique auxquels j'ai fait vaguement allusion et qui sont réellement opérants :

— l'injection à la place de l'introjection

— le fantasme ordalique.

J. Introjection ou injection

L'injection, à la place de l'introjection, est une notion à laquelle nous avons travaillé en 1982 à partir de l'article de Maria Torok : « Maladie du deuil et fantasme du cadavre exquis » et à partir de celui qu'elle a écrit avec Nicolas Abraham, « Introjecter, incorporer, deuil ou mélancolie. »

L'essentiel de cet outil conceptuel réside dans la distinction, dans l'opposition entre incorporation et introjection, entre fantasme d'incorporation et processus d'introjection.

L'introjection est le processus de métaphorisation par lequel on élargit son moi, on grandit, on mûrit. C'est un processus d'abstraction, c'est, pour le bébé, passer de la bouche vide du sein à la bouche pleine de mots. C'est-à-dire passer progressivement à la satisfaction de la bouche pleine de mots à l'adresse de la mère.

Entre l'incorporation et l'introjection, il y a le monde qu'il y a entre l'objet et l'image de l'objet.

L'introduction de la drogue dans le corps porte en elle «le manque d'une perte subie par le psychisme»; le fantasme du toxicomane, c'est de réparer cette perte abstraite avec une substance concrète, c'est «d'accomplir au propre ce qui n'a de sens qu'au figuré». On dit souvent, avec François Perrier, que le manque a manqué chez le toxicomane mais de quel manque s'agit-il? Le toxicomane établit, sur une autre scène, la situation où l'illusion du manque recréé ouvrira à nouveau les portes du désir. Le sujet tente en recréant un manque (mais malheureusement ce n'est pas le même manque), de créer les conditions d'émergence du désir. Il se rabat sur l'incorporation parce qu'il ne sait pas introjecter, c'est l'injection à la place de l'introjection.

K. Le fantasme ordalique

La toxicomanie, comme conduite autodestructrice, est plus difficile à traiter que la toxicomanie qui se présente comme un comportement de prise de risque recelant un appel, un espoir. C'est la toxicomanie ordalique. La destruction n'est pas recherchée en tant que telle par l'ordalique. Il s'agit pour lui de risquer de mourir pour vivre, de traverser l'épreuve de mort pour se sentir autorisé à vivre. Le fantasme ordalique se rattache à l'Ordalie du Moyen Age par trois points:

- l'épreuve désigne celui qui doit triompher. Le choix a été prononcé par une Puissance surnaturelle, omnipotente;
- le jugement vise toujours un individu (à travers son corps: noyade, fer rouge, breuvage) et le place dans une situation de solitude face à son destin;
- le troisième point est la mise en risque (comme on dit la mise en jeu) de la personne. C'est le risque de mort.

Néanmoins, les *conduites ordaliques* se distinguent de l'ordalie en ce qu'elles impliquent une nécessité interne chez le sujet qui le décide à prendre l'initiative de recourir à l'épreuve de la mort et de la répéter.

En conclusion, un outil conceptuel, quand il correspond à ce que dit le sujet toxicomane, modifie notablement les contre-attitudes des équipes face aux toxicomanes. Il s'intègre dans un ensemble qui fait de la toxico-

manie non plus un symptôme mais une conduite; une conduite d'espoir, certes erronée, mais qui tente de lier Eros et Thanatos et propose une réponse (inefficace) à l'échec du processus d'introjection. Je voudrais donc rappeler la phrase d'André Malraux que le docteur Annie Mino citait au début de son exposé: «On ne se tue jamais que pour exister.».

TOXICOMANIES ET FAMILLES

*Sylvie Angel**

Rappel des modèles théoriques

La thérapie familiale est née de différents courants de pensée développés indépendamment les uns des autres. Elle repose principalement sur les concepts systémiques. Cette approche s'est affirmée au cours de trente dernières années, en tenant compte des apports de plusieurs disciplines dont la biologie, la théorie de l'information, la cybernétique, la théorie des systèmes. Ce qui fut nouveau fut cette intégration des différentes disciplines et l'adaptation à la pathologie.

Le mouvement des thérapies familiales dépasse largement le cadre d'une nouvelle technique de soins en santé mentale. Il est sous-tendu par une épistémologie en rupture avec les schémas conceptuels habituels, qui font du symptôme la résultante de difficultés essentiellement internes au sujet. L'approche familiale se situe au confluent de différents courants de pensées ou d'expériences cliniques.

Malgré plusieurs intuitions européennes (Freud, Laforgue et Leuba, Moreno), c'est aux Etats-Unis que se sont développées les recherches majeures dans ce domaine. Les précurseurs ont fait appel pour conceptualiser leur pensée, à des disciplines aussi diverses que la psychanalyse, l'anthropologie, l'éthologie, la sociologie et la biologie.

Quelques points permettront de situer l'approche familiale dans le contexte de pensée de ce siècle.

Aux Etats-Unis, Bateson [1], Don Jackson puis Watzlawick [2], enfin Weakland et Haley développent au Mental Research Institute de Palo Alto,

* Médecin-Directeur, Centre Monceau, 5, rue Jules Lefèvre, F-75009 Paris.

les principes fondamentaux des théories de la communication. Mais le véritable pionnier de la thérapie familiale sur le terrain est Nathan Ackermann. Pédiopsychiatre et psychanaliste, il considère la famille comme une unité fonctionnelle qu'il convient dans certains cas de prendre en charge globalement. Dans ce but, il crée à New York le premier centre de thérapie familiale.

Ce sont les psychanalystes d'enfants qui insistent très tôt sur la nécessité de la prise en charge des parents, en parallèle avec la psychothérapie de l'enfant.

Un mouvement d'idées, en Europe, vers les années 1960-1968, va donner une impulsion nouvelle à la prise en charge des patients psychotiques.

Laing utilise les données de l'école de Bateson sur les relations intra-familiales en pratiquant, comme eux, une observation directe. Mais il se réfère aussi à Sartre et à la «phénoménologie existentielle» et son originalité consiste à replacer le malade dans son milieu global.

Quant à Cooper, il étudie à quel point la famille reproduit l'aliénation sociale. Il analyse son rôle pathogène dans l'éclosion des symptômes de ses membres.

En Italie, la thérapie familiale prend son essor grâce aux travaux de Mara Selvini [3].

Il faudra attendre les années 1970 pour que l'Europe intègre la famille dans ses protocoles de traitements.

Introduction

Le Centre de Thérapie Familiale Monceau a été créé en novembre 1980 après deux années de démarches administratives. Ce projet avait muri, alors que nous étions en poste dans le service du docteur Claude Olivenstein, à l'hôpital Marmottan.

Grâce à notre formation systémique, complémentaire de notre formation analytique, nous avons commencé à élaborer l'idée d'une prise en charge conjointe du toxicomane, de ses parents et également de ses frères et sœurs. Cette approche favorisait une meilleure appréhension de la réalité et des difficultés des jeunes alors qu'ils habitaient avec leurs parents, ou gardaient des liens importants avec leur famille.

Après huit années de fonctionnement, plus de mille cinq cents familles ont consulté au Centre Monceau. Ces consultations sont gratuites, car le Centre Monceau est intégralement subventionné par l'Etat et les patients peuvent bénéficier de l'anonymat. Le Centre ne possède pas de lits d'hospitalisation et n'assure aucun traitement médicamenteux.

L'équipe s'est agrandie et comprend actuellement :

- 11 cliniciens (psychiatres et psychologues ayant tous une double formation psychanalytique et systémique)
- 2 secrétaires (médicale et comptable)
- 1 stagiaire secrétaire.

L'augmentation croissante du nombre des consultations a nécessité l'agrandissement des locaux. En septembre 1987, le Centre a déménagé pour s'installer à quelques pas de la Gare Saint-Lazare, dans un quartier assez animé et bien desservi par les transports en commun. Ce nouveau local permet un meilleur accueil des consultants. Il dispose maintenant de trois salles de thérapie, de deux salles de supervision et d'une salle de conférences qui est utilisée quotidiennement pour des actions d'information et de formation.

Si en France on constate actuellement une stagnation des problèmes liés à l'usage d'héroïne, néanmoins le nombre des consultations du Centre Monceau ne fait qu'augmenter. Une diversification importante de notre clientèle s'opère: le Centre est maintenant connu pour accueillir toutes les pathologies liées à l'adolescence. De nombreuses familles d'adolescents anorexiques, boulimiques, suicidants, etc. consultent actuellement.

Le SIDA modifie considérablement le paysage de la drogue et notre travail auprès des familles se révèle nécessaire par son rôle d'accompagnement et de soutien. Mais il va falloir repenser nos prises en charge en fonction de ces nouvelles données.

L'échéance de la mort, inscrite auparavant par l'héroïne, comme possible mais non certaine, est devenue prévision.

Les toxicomanes, hommes ou femmes, ont face à la mort des réactions différentes de celles de tous les autres groupes à risque. L'information et les programmes de prévention ne modifient pas toujours leurs conduites. Dans certains cas, l'annonce par le médecin d'une séropositivité renforce leur tendance à l'auto-destruction. Dans d'autres cas, elle permet une prise de conscience et la possibilité pour le toxicomane de reprendre en charge un corps qu'il avait jusqu'alors négligé.

Dans une perspective de prévention et de soins, des contacts réguliers ont été établis entre l'Association Monceau et l'Association AIDES, depuis le mois d'avril 1987.

La nécessité d'un travail clinique et théorique commun s'est faite jour, justifiant la présence de thérapeutes du Centre Monceau aux réunions du groupe de soutien psychologique et du groupe «Recherche et Toxicomanie». Des plages cliniques réservées aux patients immuno-déprimés ont été mises en place au Centre Monceau, afin de répondre à une demande de consultants orientés à partir de services téléphoniques d'AIDES. Ces

patients peuvent être reçus individuellement, en couple ou en famille, et les liens avec leurs équipes médicales sont maintenus.

Nous rappellerons brièvement quelques hypothèses de fonctionnement des familles d'héroïnomanes que nous avons eu l'occasion de décrire, à plusieurs reprises, avec Pierre Angel [4].

Nous citerons pour mémoire :

1. La cécité familiale.
2. Le déni de l'enjeu mortel.
3. L'absence de barrières générationnelles allant jusqu'aux relations quasi-incestueuses.
4. Les transgressions transgénérationnelles et la fascination inconsciente des parents.
5. La surreprésentation des traumatismes vécus par les familles, précédant l'entrée du jeune dans la toxicomanie (décès, ...).
6. La surreprésentation des problèmes organiques et psychologiques présentés par les parents (50%).
7. Les pathologies associées des frères et sœurs (75%).
8. Les ruptures culturelles.

D'autres hypothèses, telle la notion de «circuit court» générationnel ont complété celles de mes collaborateurs Serge Hefez [5] et Patrick Chaltiel [6] concernant le paradoxe fondateur des familles de toxicomanes constitué dans l'idée d'une acception synchronique et d'une acception diachronique qui peut s'énoncer ainsi : «Pour que la famille vive, il faut que la famille meure.» Bien entendu, ces hypothèses s'inscrivent dans une trame spécifique à chaque famille, et ne doivent pas être prisent en compte dans un modèle linéaire.

*

Notre propos aujourd'hui sera d'illustrer les modalités techniques des thérapies familiales telles qu'elles sont proposées au Centre Monceau.

L'hétérogénéité des modèles de formation des thérapeutes complétée par le modèle analytique et ces quelques années d'expérience ont permis d'adopter un protocole systémique original.

Le premier contact se fait par téléphone : un père, le plus souvent une mère, parfois un frère, une sœur ou un membre de la famille élargie, et exceptionnellement le patient, prend contact avec le Centre.

Le cheminement conduisant à cette démarche mérite d'être mentionné. Dans un premier temps, des psychiatres, des psychologues, des travailleurs sociaux nous ont adressé des familles en difficulté. Dans un deuxième

temps, la presse, en se faisant l'écho de nouvelles méthodes de soins en toxicomanie, a permis à d'autres parents moins familiarisés avec les structures de soins existantes de nous joindre. Enfin, le «bouche à oreilles» a fonctionné: des familles suivies au Centre Monceau ont communiqué nos coordonnées à des proches.

A chaque appel d'une nouvelle famille, nous établissons une «fiche téléphonique» où sont consignées les principales informations fournies par la famille.

D'après nos statistiques, 60% des appels débouchent sur une première consultation. Dans 15% des cas, la famille ne s'est pas rendue au premier entretien proposé. Dans les 25% restants, la demande d'écoute ne s'est pas conclue par un rendez-vous (demande de conseils pratiques, d'informations sur les institutions, etc.).

Si les mères sont les plus présentes aux entretiens, il faut noter une différence significative: quand les pères ou les patients eux-mêmes établissent le premier contact, les familles se déplacent plus volontiers. Par contre, lorsque les liens qui unissent la personne qui appelle (amis, relations, etc.) à la famille sont moins étroits, l'appel téléphonique aboutit plus rarement à une consultation.

Nous adoptons un protocole souple en fonction des premières données. En général, nous proposons un rendez-vous rapproché avec le plus grand nombre de personnes concernées par le problème.

Le souhait formulé par l'interlocuteur est souvent précis: «Je viens de trouver un sachet de poudre blanche dans les affaires de mon fils, que dois-je faire?»; «Je suspecte mon fils de se droguer, mais je tiens d'abord à vous voir seule».

Dans certains cas, des appels angoissés sont formulés en situation de crise aiguë: «Après une scène très violente, mon fils est parti. Mon mari le tuera quand il s'apercevra que nos économies ont été volées...»

Nous demandons aux parents, en vue du rendez-vous que nous souhaitons fixer, d'informer les autres membres de la famille de cette démarche, notamment le patient désigné. Les rétroactions sont immédiates et diversifiées. Si notre attitude est trop rigide lors de ce premier contact, la famille ne vient pas.

Dès cet entretien téléphonique, les premières hypothèses sur la dynamique familiale et les résistances peuvent être élaborées. Elles serviront de points de repère lors de la conduite de la première séance. Cette proposition de rendez-vous amplifie, dans bien des cas, les tensions intra-familiales. Elle peut provoquer des remaniements, dont témoigne l'exemple suivant: «J'annule notre rendez-vous, car tout va bien maintenant, mon fils m'a promis qu'il arrêterait et il a trouvé du travail. Il commence justement demain...»

La première consultation

Rares sont les familles qui consultent au complet lors du premier entretien. Etant donné la fréquence des dissociations familiales, seuls quelques membres d'une famille sont généralement présents.

Notre contrat thérapeutique s'adresse aux membres de la famille concernés par le problème et pas seulement à ceux vivant sous le même toit. Il s'avère que différents sous-systèmes doivent être impliqués; demandent parfois à venir au rendez-vous les conjoints des frères et sœurs, ou ceux des parents divorcés.

Le toxicomane est souvent absent lors du premier entretien, mais participe toujours aux entretiens ultérieurs. On a trop tendance à conserver l'image stéréotypée du toxicomane en rupture avec sa famille: de nombreuses études tant européennes qu'anglo-saxonnes ont montré la fidélité de ces jeunes à l'égard de leur famille d'origine [7]. (Françoise Facy en parlera je pense cet après-midi.)

Ces contacts répétés sont minimisés par l'entourage qui adhère à la définition de la relation intra-familiale fournie par le jeune toxicomane: «Je n'ai plus rien à voir avec eux, j'ai ma vie à mener» ou, à l'inverse les parents disent «Il est assez grand pour décider lui-même de son destin».

On aurait pu penser qu'interpellés par une symptomatologie aussi sévère, par des troubles du comportement aussi provocants de la part des adolescents, les parents manifesteraient un empressement à consulter et exprimeraient une demande urgente d'intervention spécialisée. Certains parents viennent avec l'exigence suivante: «Changez-le (la), mais ne changez rien à notre système familial.» Ils dressent un long réquisitoire sur l'itinéraire de leur enfant maudit et adoré, et sur l'incompétence de tous les soignants qui ont tenté de le prendre en charge. L'heure d'une disqualification en règle de notre proposition thérapeutique ne tardera pas à sonner. Il importe alors, pour déjouer cette manœuvre, de se placer en position «basse» et de nous montrer sceptiques à l'égard d'une quelconque possibilité d'aide.

D'autres parents sont au contraire écrasés par le poids de leur culpabilité. Ils ont le sentiment d'avoir toujours mal fait, d'avoir toujours échoué et d'être seuls responsables des problèmes de leur enfant. Leur demande serait presque: «Changez-nous, cela suffira à le changer.»

Pour son approche spécifique, l'intervention d'un thérapeute familial peut permettre de mobiliser un adolescent toxicomane, alors qu'il n'a pas encore un insight suffisant pour répondre à une proposition de psychothérapie individuelle.

Toutes les tentatives d'autorégulation intra-familiale, les hospitalisations réitérées pour des sevrages ou des séjours en post-cure, les efforts

pédagogiques ou thérapeutiques se sont révélés inefficaces. Le jeu familial dramatique avec son cortège de chantages, de violences et de rapprochements fusionnels se répète sans cesse. Dans ces familles où l'héroïne est présente depuis des années, il persiste un déni du risque vital encouru par le jeune. La discordance chez certains membres du groupe entre le discours analogique et le discours digital en témoigne: telle mère sourira avec complaisance en évoquant le nombre de fois où son fils a été exclu des centres de soins pour usage et trafic de drogue, tandis que le père critique l'organisation française de la lutte contre la toxicomanie.

Au cours des entretiens familiaux, apparaît:

- soit une absence de communication,
- soit une pseudo-communication: tout est dit, interprété, banalisé. Les anecdotes, les interprétations familiales sont multipliées et s'annulent pratiquement, aboutissant à des conversations mondaines où les affects sont discordants. Le langage digital est privilégié au détriment du langage analogique, alors que souvent le jeune privilégie l'expression analogique (par exemple lorsqu'il arrive défoncé).

Il conviendra, dès cette première rencontre, de donner un sens au symptôme toxicomane et à sa place dans le contexte familial. Ce premier entretien a pour but de constater positivement la famille en soulignant l'implication de chacun, et met en évidence la fonction du symptôme dans l'équilibre homéostatique de la famille. Cette connotation positive permet une restauration narcissique qui aide à la poursuite des entretiens.

Les thérapeutes s'affilient progressivement à la culture et à l'histoire familiale. Cette implication est nécessaire à l'instauration du cadre thérapeutique.

Le cadre thérapeutique

Comme nous l'avons évoqué précédemment, il s'agit d'un lieu de consultations gratuites intégré dans le service public. Nous portons une attention toute particulière à la rigueur du cadre thérapeutique.

Pour ces familles qui n'intériorisent pas la Loi, une cohérence dans la formulation de nos exigences représente déjà une étape structurante.

Notre mode de travail est classique: séances d'une heure à une heure trente, en cothérapie, avec un miroir unidirectionnel, le matériel vidéo est utilisé régulièrement (si un membre de la famille s'y oppose formellement, nous y renonçons — ceci ne s'est produit que deux ou trois fois en huit ans de fonctionnement). Les moindres règles de travail édictées par le couple

thérapeutique sont l'occasion d'incessantes transgressions mises en acte non seulement par le toxicomane lui-même, mais également par le groupe familial tout entier.

La diversité des situations familiales nous conduit à adopter une certaine souplesse de fonctionnement quant au rythme des séances. Habituellement, les consultations ont lieu une fois par mois, parfois à un rythme plus soutenu (une fois par semaine). Le contexte d'urgence peut nous amener à rapprocher les rendez-vous.

Les familles désunies, monoparentales

Près de la moitié des familles consultantes ont divorcé, sont séparées ou monoparentales.

Fréquemment, des parents séparés de longue date viennent consulter spontanément ensemble. Dans ces cas-là, une des fonctions du symptôme drogue — réunion du couple parental — est frappante. Dans d'autres cas, nous nous heurtons à des problèmes de communication massifs : les conjoints refusent d'avoir le moindre contact ; l'élaboration du travail de séparation n'a pu être faite.

Dans un cas comme dans l'autre, l'instauration du cadre thérapeutique se fait avec prudence.

Le déroulement de la thérapie

Nous travaillons suivant deux axes de référence : le premier nommé « ici et maintenant » permet de saisir dans son immédiateté ce qui se joue autour de la conduite toxicomaniaque ; le second, dit « transgénérationnel », prend en compte la dimension diachronique de la famille.

1. *L'axe : «ici et maintenant»*

Au cours des premières séances, les thérapeutes se centrent sur le problème de la toxicomanie et de ses répercussions dans la famille, en se gardant de s'intéresser, sinon de façon tangentielle, aux autres problèmes.

Aborder trop précocément les autres conflits intra-familiaux, et en particulier les tensions conjugales ou la pathologie d'un autre membre, représente une menace pour l'homéostasie familiale, même si ces problèmes sont évoqués lors du premier entretien.

Certaines familles mettent en avant la dimension socioprofessionnelle : le chômage serait la cause de tous les fléaux. La toxicomanie mise en avant lors de l'appel téléphonique est oubliée. Une banalisation extrême, voire un déni, caractérisent l'ensemble des propos. Une seule préoccupation manifeste scande le discours parental : la réinsertion du jeune.

Quelle que soit la présentation de la famille — dramatisation ou déni — les thérapeutes poseront des questions visant à préciser la pratique toxicomaniaque du jeune : la façon dont il se procure l'argent nécessaire à sa toxicomanie, les risques somatiques et juridiques encourus. En fait, ce n'est pas tant une tentative d'information que nous effectuons, même si la famille méconnaît souvent ces réalités, mais la dimension interactive, circulaire de ce questionnement permet de vérifier certaines hypothèses sur les alliances, les loyautés et les mythes de la famille. L'accent est mis sur les risques vitaux encourus par le jeune lors des prises répétées d'héroïne.

La disparition du symptôme est en général rapide. Très vite, le jeune rassure sa famille en arrêtant momentanément de se piquer, en raison de la mobilisation familiale. Mais les thérapeutes anticipent toujours la rechute qui se produira si l'ensemble du système n'a pas évolué ; l'arrêt de la prise de drogue risque de provoquer une interruption du processus thérapeutique.

Mettre un terme à la prise d'héroïne représente, pour le toxicomane, la capacité retrouvée de formuler une parole authentique qui est entendue comme subversive et menaçante pour l'ordre établi dans la famille. Sont alors vécus avec acuité des conflits d'adolescence typiques mis longtemps entre parenthèses par la prise de produits. La drogue écarte les risques de rupture franche des liens intrafamiliaux et suture les béances intergénérationnelles. Au-delà de la dépendance au toxique, la dépendance affective vis-à-vis de la famille est radicalement questionnée.

La tonalité des séances

D'autres écueils peuvent apparaître au cours des premières séances. L'un d'eux peut être la récurrence de séances de tonalité badine et que nous appelons séances «salon de thé». La famille, qui s'est présentée comme «unie» et mobilisée par le traitement du seul problème existant, est là, souriante, parlant de drogues avec une facilité et une complicité qui peuvent vite paralyser le thérapeute. Elle défend ainsi le mythe de la bonne harmonie familiale. C'est la répétition de telles séances qui peut constituer une difficulté. Ces entretiens donnent l'illusion d'une fausse alliance avec le thérapeute en renforçant la dénégaration du risque de mort et la résistance au changement. Il est nécessaire d'en prendre conscience et d'éviter d'ins-

taller une relation de pseudo-mutualité avec la famille. La provocation de la fonction du patient désigné qui consiste à dénoncer et à renforcer l'aspect utile, logique et volontaire de son symptôme, amènera inévitablement une amplification de la tension émotionnelle de la séance; en effet, le travail qui «charge» le toxicomane de toutes les responsabilités souligne en fait paradoxalement que chacun est partie prenante du processus. Ce changement de tonalité permet l'émergence d'affects plus authentiques.

Cette modification du niveau émotionnel a pour conséquence une modification des relations avec les thérapeutes. Le processus de thérapie s'engage alors, avec une implication plus importante des différents membres de la famille. Il y a alors création d'une nouvelle entité: le système famille-thérapeute à l'intérieur duquel pourront se créer des processus de changement.

A l'encontre des familles dites «salons de thé», quelques familles se sont nommées «Galeries Lafayette», ce qui correspond ici à un «Grand Passage» en faisant référence à cette fameuse publicité de ce grand magasin où «à tout instant il se passe quelque chose».

En effet, l'événementiel prend le pas sur l'émotionnel. Les anecdotes, parfois terrifiantes, se multiplient et ont une valeur défensive.

L'instauration d'une dynamique émotionnelle déclenche une crise familiale, très différente des conflits habituels et inaugure de véritables réaménagements structuraux.

2. *L'axe transgénérationnel*

Nous mettons l'accent sur une meilleure connaissance de la «saga familiale». Nous nous attachons à repérer les schémas répétitifs retrouvés sur plusieurs générations.

C'est à travers l'histoire parentale et grand-parentale que le jeune retrouve ses racines et donne un sens à sa propre histoire. Ce travail s'effectue en alternance avec les problèmes quotidiens que la famille présente.

Le rythme des séances est ponctué d'une part par le niveau émotionnel de la famille, d'autre part par la multitude des difficultés ponctuelles dont les parents se plaignent. Mais le thérapeute doit inclure ces temps comme nécessaires au passage d'un deuxième niveau d'élaboration. Il reste au plus près de la demande familiale, respectant les résistances de chacun.

Progressivement, lorsque le nouveau système thérapeute/famille est créé, il peut pénétrer dans la compréhension de l'histoire familiale. Différentes techniques sont utilisées en fonction des thérapeutes, de la famille, ... C'est le plus souvent le récit spontané de chacun des parents qui donnera les premières informations sur leur passé.

Par souci de prudence, nous demandons au patient désigné (ou à ses frères ou sœurs) de raconter la jeunesse de leurs parents. Les toxicomanes sont plus précis dans leur récit que leurs frères et sœurs, à la grande surprise des parents.

Comme base de réflexion, nous proposons à l'un des enfants (en général le plus jeune ou le patient désigné) de faire le génogramme [8] de la famille. Le génogramme est l'arbre généalogique, codifié par des signes. Ce travail est accepté avec beaucoup de plaisir, et les parents s'amuse des erreurs «historiques» des enfants.

Dans un deuxième temps, nous leur demandons de compléter l'arbre. Les discussions sont dynamiques et les commentaires intéressants. L'omission, volontaire ou involontaire, d'un personnage important de la famille suscite parfois l'étonnement des parents.

Observation 1

Au cours du quatrième entretien, le thérapeute demande à Laurent, héroïnomane depuis plus de dix ans, de faire le génogramme. Laurent, soulagé de ne pas avoir à se justifier au cours de cette séance de ses dernières infractions, va au tableau situé au centre de la pièce et, d'un geste assuré, en s'appliquant du mieux possible, dessine des ronds et des carrés. Il ne se sent plus, temporairement, le bouc émissaire de la famille, mais l'historien. Sa formation de dessinateur l'aide et le graphisme est d'une précision exemplaire.

Un premier commentaire sera donné par le père: «Dans ma famille», dit-il, «les hommes meurent tôt.» Il relate ainsi le décès de son père (GPP) d'alcoolisme à 55 ans, d'un de ses frères pour les mêmes raisons, tandis que son autre frère est décédé à la suite d'un accident de voiture. La lignée masculine semble être marquée par de nombreux deuils.

«De mon côté», raconte Madame K., «j'ai perdu tôt mes parents. Ma mère est décédée lorsque j'avais 18 ans, de problèmes pulmonaires. Quant à mon père, il s'est remarié, mais il est mort peu avant la naissance de Laurent, d'une tumeur. Ma sœur, elle, ne s'est jamais mariée.»

Laurent pose à sa mère des questions sur son grand-père maternel, sur son remariage. Madame K., émue par l'intérêt que porte Laurent, se livre à quelques confidences: son vécu douloureux de n'avoir pas eu ses parents pour l'épauler quand elle a fondé sa famille; une belle-mère prématurément vieillie qu'elle a eu plus à charge que comme aide...; sa sœur mystique qui se consacre à la charité...

Les autres enfants, qui participent depuis le début aux entretiens, semblent éprouver un intérêt certain à ce travail.

Lors de l'entretien suivant, Madame K. prend la parole en disant qu'ils ont beaucoup discuté. «Toutefois», ajoute-t-elle, «j'ai été étonnée de voir que ni Laurent ni les autres n'ont mentionné la présence de Jane. Jane a pourtant été quelqu'un de fondamental pour Laurent.» Elle raconte alors qu'elle a été élevée avec sa cousine germaine Jane, à partir de l'âge de 14 ans. Jane, dont les parents habitaient en province, a été accueillie par Madame K. Leur amitié a été très forte: «J'étais beaucoup plus proche d'elle que de ma propre sœur.»

Après son mariage, Madame K. est restée très liée avec Jane qui était encore célibataire. Jane gardait les enfants et s'occupait surtout de Laurent, son préféré. Mais Jane mourut quand Laurent avait 4 ans, d'une leucémie. Madame K. éclate en sanglots quand elle raconte cela.

Son mari et elle mirent longtemps à se remettre de ce nouveau deuil. La famille dit alors qu'elle ne parlait jamais de Jane, de crainte de faire pleurer Madame K. et, à la surprise de toute le monde, Laurent rapporte qu'il avait peu de souvenirs de Jane, et que c'était avant tout le problème de sa mère... C'est pour cela qu'il avait omis de la marquer sur le génogramme: «Elle ne faisait pas partie de la famille.»

A partir du récit de leur histoire, les parents nous montrent leurs choix éducatifs, l'implication ou le rejet de leurs propres parents, les maladies, les deuils qui les ont marqués. La découverte d'un oncle «marginalisé», délinquant... et sa ressemblance avec le patient toxicomane, oriente notre réflexion sur les loyautés secrètes. Certains «secrets» peuvent être révélés au décours des séances, mais surtout c'est la précision de certaines périodes «clefs» qui enrichissent le travail d'élaboration.

La sculpture familiale [8]

Cette technique thérapeutique non verbale est utilisée fréquemment, en fonction des thérapeutes et des familles, environ une fois par thérapie.

Les membres de la famille sont représentés et modelés corporellement au cours d'une séance dans des positions symbolisant leurs modes de relations, tels qu'ils sont perçus par un ou plusieurs membres de la famille. En général, nous demandons au patient désigné ou à l'un de ses frères ou

sœurs, de sculpter la famille. Ainsi, les événements et les attitudes passés tels qu'ils affectent le présent peuvent être perçus et expérimentés.

La sculpture familiale suscite inévitablement de nouvelles significations et une nouvelle image des relations familiales, de telle sorte que celles-ci ne pourraient se produire par la simple expression verbale.

Observation 2

La famille T. se compose du père, de la mère et de quatre enfants: Jean, l'aîné, 26 ans, héroïnomane; Karine, 23 ans; Marc, 21 ans; Sophie, 17 ans.

Cette famille a comme particularité de discuter beaucoup, de tout et tout le temps. Les séances fourmillent d'anecdotes, toutes plus riches les unes que les autres. Pour donner une nouvelle impulsion aux séances, nous proposons un travail de sculpturation.

Jean accepte sans conviction ce jeu. Après cinq minutes, il montre qu'il participe pleinement à ce travail. La consigne donnée est la suivante: sculpter votre famille au moment où vous avez quitté la maison: Jean place tout d'abord sa mère et son père à distance l'un de l'autre, montrant ainsi sa vision du couple parental: «Ils n'avaient aucun lien».

Il place ensuite Karine dans une attitude d'opposition violente par rapport à sa mère. Karine protège également le reste de la fratrie. Sophie, «la petite dernière», tient d'une main sa mère et de l'autre son père. C'est elle qui réunit les parents, mais personne ne la regarde.

Nous demandons ensuite à Jean de se placer: aucune place ne lui convient. Finalement, il s'accroupit au milieu de sa famille.

«Comment avez-vous fait pour partir de la maison?», questionne le thérapeute.

Jean reste perplexe. Sa famille et lui commenteront cette sculpture en expliquant qu'il n'est jamais vraiment parti de la maison. Certes, il a vécu plusieurs mois dans un studio sous-loué... mais pour tout le monde il restait le pilier de la famille, permettant à Karine de gérer son processus d'autonomisation, protégeant Sophie... De plus, sa position était tellement instable qu'il risquait, en partant, d'éloigner encore plus sa mère de son père et de renforcer les liens Marc/père et Sophie/mère.

L'usage des métaphores [8]

Parfois, le thérapeute utilisera les métaphores exprimées par l'un des membres de la famille pour créer un contexte thérapeutique. Ces métaphores appartiennent à la culture familiale. Il peut également proposer une métaphore ou un récit imagé pour permettre à la famille de travailler sur ce nouveau contenu. Cette utilisation, au décours des séances, amplifie le potentiel imaginatif et créatif de la famille.

La fin de la thérapie

Il faudra un temps long (une année ou deux environ) pour permettre l'aménagement de changements de type 2. Parfois, la thérapie cesse à la demande de la famille, alors que seuls des changements de premier ordre ont été mis en place (prise en charge du jeune par la famille élargie, abstinence prolongée du jeune...).

Les modalités d'évolution entraînant des changements de type 2 sont particulières à chaque famille et ne sont pas spécifiques des familles de toxicomanes.

Notre objectif thérapeutique sera de permettre à chacun des membres de la famille de se dégager des liens pathologiques qui les unissent, en évitant tout piège d'une normalisation et toute projection d'un modèle familial unique. Les cliniciens américains (Minuchin, Haley et Stanton) tentent de dégager, dès le premier entretien, un objectif concret et connu que tout le groupe familial doit chercher à atteindre. Notre souci est différent. Il n'est pas question pour nous de proposer dix à douze séances en pré déterminant les étapes intermédiaires et les buts à atteindre. Ce serait, nous semble-t-il, restreindre les marges de liberté des familles.

Nous nous distinguons radicalement de ce courant de pensée où la démarche normative laisse peu de place aux remaniements créatifs que les familles sont capables d'opérer. Nous sommes convaincus que la visée de la thérapie familiale est de permettre à des groupes familiaux en souffrance de se dégager des liens inextricables qui les paralysent : si chacun des membres de la famille atteint un degré de liberté adéquat, on constate alors qu'ils échappent à des cricuits itératifs, facteurs de chronicité, voire de mort.

Bibliographie

1. BATESON G. (1977-1980), Vers une écologie de l'esprit, 2 tomes, Paris.
2. WATZLAWICK P., HELMICK-BEWIN J. et JACKSON Don D. (1975), Une logique de la communication, Ed. Seuil, Paris.
3. SELVINI PALAZOLLI M., BOSCOLO L., CECCHIN G. et PRATA G. (1980), Paradoxes et contre-paradoxes, Ed. ESF, Paris.
4. ANGEL P. et ANGEL S. (1987), Famille et toxicomanie - Clinique et thérapie, *Entre dépendances et libertés*, Ed. Echo Centurion, Paris.
5. HEFEZ S. (1987), La mort désavouée, *Entre dépendances et libertés*, Ed. Echo Centurion, Paris.
6. CHALTIEL P. (1987), Demande adolescente et fantôme de liberté, *Entre dépendances et libertés*, Ed. Echo Centurion, Paris.
7. ANGEL P. et ANGEL S. (1983), La famille du toxicomane. Revue critique de la littérature, *Psychiatrie de l'enfant*, Ed. P.U.F.
8. MIERMONT J. (1987), Dictionnaire des thérapies familiales, Ed. Payot, 1987.

LES ENFANTS DE PARENTS TOXICOMANES: ASPECTS PRÉVENTIFS

J. Manzano et F. Palacio***

La conjonction des facteurs psychologiques, familiaux et psychosociaux des parents, avec les problèmes organiques et psychologiques du nouveau-né [7], font des enfants de parents toxicomanes une population à très haut risque de troubles psychologiques et du développement.

De nos jours, ce tableau préoccupant vient encore s'assombrir avec l'apparition des conséquences du SIDA. Il faut rappeler ici que 50 % à 60 % des toxicomanes suisses sont séropositifs et que la fréquence de la contamination mère-enfant est également de cet ordre [11].

Nous avons étudié une population d'enfants dont un ou les deux parents étaient des toxicomanes ayant consulté le Service Médico-Pédagogique et le Service de Guidance Infantile à Genève.

Il s'agit d'un groupe constitué par dix-huit enfants dont la dernière consultation remonte à moins de deux ans.

Les motifs de la consultation (Tableau I). — Nous les avons divisés en «motif principal» se trouvant à la base de la demande d'examen de l'enfant et «autres motifs invoqués» s'ajoutant au motif principal. Comme on le voit dans le tableau, les motifs principaux les plus fréquents sont:

- l'agressivité de l'enfant (5 cas) aussi bien vis-à-vis des adultes, qu'à l'égard d'autres enfants, le retard moteur (2 cas), et le retard de langage (4 cas).

* Médecin-Directeur du Service Médico-Pédagogique de Genève, Case postale 50, CH-1211 Genève 8. Privat Docent Dép. Universitaire de Psychiatrie.

** Médecin-Chef adjoint du Service Universitaire de Psychiatrie Infantile, 41 ch. des Crêts de Champel, CH-1206 Genève (B. Cramer). Privat Docent Dép. Universitaire de Psychiatrie.

Tableau Ia: Motif de la consultation.

Motif principal	Nombre d'enfants
Agressivité	5
Retard de langage	4
Difficulté de garde	3
Retard moteur	2
Troubles du sommeil	1
D'apprentissage	1
Malnutrition	1
Difficultés d'alimentation	1

Tableau Ib: Motif de la consultation.

Autres motifs évoqués en plus du motif principal	Nombre
Agressivité	7
Retard du langage	6
Troubles du sommeil	4
Difficultés de garde	3
Inhibition	2
Retard moteur	2
Timidité	2
Hyperactivité	2
Isolement social	2
Troubles de l'attention	2
Passivité	1
Retrait autistique	1
Stéréotypes	1
Enurésie	1
Malnutrition	1
Crises, pleurs	1
Caractère adultomorphe	1

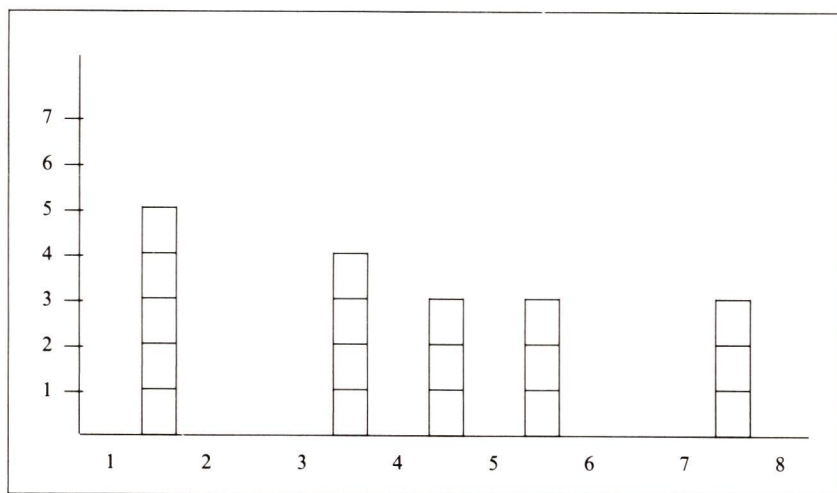
Les difficultés des parents à assumer la garde de l'enfant, ou plus directement, la demande de retrait de garde (3 cas) est une autre demande de consultation. Les motifs invoqués secondairement se recoupent de façon étonnante avec les motifs principaux.

Nous retrouvons ici le reflet des difficultés relationnelles que nous évoquons plus haut et ses conséquences sur le développement de l'enfant. Bien que l'agressivité puisse revêtir des significations différentes en fonction de l'âge, il n'en demeure pas moins qu'elle révèle toujours un trouble interactionnel, impliquant une difficulté d'intériorisation (identification avec des images parentales surmoïques permettant de contrôler les impulsions). Ce trouble de l'organisation de la personnalité va, dans certains cas, jusqu'au trouble du développement des fonctions du moi, tels que le retard

du langage et le retard moteur et ces symptômes peuvent camoufler un pronostic plus grave.

L'âge des enfants (Tableau II) au moment de la première consultation oscille entre un an et huit ans. Il est à remarquer la précocité relative de l'apparition des difficultés aussi bien chez l'enfant que dans la relation parents-enfant.

Tableau II: Ages.



Nous retrouvons d'une manière surprenante au niveau du **sexe** des enfants (Tableau III) la même proportion que pour l'ensemble de la population consultante en psychiatrie infantile, à savoir le double de garçons-que de filles.

Tableau III: Sexe des enfants.

12 garçons
6 filles

En ce qui concerne les **parents** de ces enfants, nous pouvons constater (Tableau IVa) que moins de la moitié des enfants (sept cas) habitent avec les deux parents. Dans six cas, le père est absent, dont cinq enfants vivent avec la mère seule, trois se trouvent placés en institution ou foyer et deux

Tableau IVa: Domicile enfant.

Avec les deux parents	7
Institution ou foyer	3
Grands-parents	2
Mère seule	5
Mère et beau-père	1

chez les grands-parents. Ces données confirment la littérature [7] sur la fréquence de rupture dans la situation familiale et les séparations répétées parents-enfants.

Le Tableau IVb montre que pour plus de 50% de ces enfants, les deux parents sont toxicomanes; la mère seule est toxicomane dans quatre cas et le père l'est dans trois cas. L'absence d'un des parents ou la présence des deux parents toxicomanes — fait également relevé dans la littérature — complique encore le contexte familial de l'enfant. Comme le montre le Tableau IVc, l'addiction à l'héroïne ou à la méthadone se trouve au moins chez l'un des parents de nos enfants.

Tableau IVb: Problématique des parents.

	Nombre d'enfants
Avec les deux parents toxicomanes	10
Mère toxicomane	4
Père toxicomane	3
Beau-père toxicomane	1

Tableau IVc: Type de toxicomanie des parents.

Héroïne	21
Méthadone	1
Cocaïne	1
LSD	1
Polytoxicomanie	1
Haschich	2

Nos consultations ne nous ont pas toujours permis d'arriver à une évaluation approfondie du diagnostic structurel des parents. Néanmoins, nous pouvons relever (Tableau IVd) la prédominance de «Personnalités borderlines» chez dix de ces parents (six mères - quatre pères), ainsi qu'une dépression clinique chez trois de ces mères. Comme on pouvait s'y atten-

Tableau IVd: Psychopathologie connue des parents.

Mères	
Troubles de la personnalité (borderlines)	6
Dépression	3
Schizophrénie	1
Pères	
Troubles de la personnalité (borderlines)	4

Tableau V: Caractéristique de l'interaction parents-enfants.

Séparations multiples	7
Peu d'investissement maternel	2
Mère incitant l'enfant à la drogue	2
Mère hyper-excitante	1
Dépendance mère-fille	1

dre, ces parents présentent une psychopathologie importante qui va se refléter dans **l'interaction parents-enfants** (Tableau V). L'élément le plus significatif est la fréquence de séparations multiples et répétées entre l'enfant et ses parents (sept cas). Dans le cas de plus jeunes enfants, il a été mis en évidence soit des signes d'un pauvre investissement maternel, soit un hyper-investissement excitant et anxieux et par conséquent fragile (deux cas). Il est clair que ces données constituent les éléments les plus faciles à mettre en évidence et de ce fait représentent «la pointe de l'iceberg» d'un tissu complexe de modes d'interaction parents-enfants plus ou moins conflictuels.

Ces séparations multiples peuvent être comprises comme le résultat de la difficulté d'ajustement mère-enfant, conséquence d'une part des troubles organiques et psychiques du nouveau-né (syndrome de sevrage) et, d'autre part, des caractéristiques psychopathologiques et psychosociales des parents, ainsi que des perturbations désorganisatrices liées directement à l'addiction (états anxieux de manque - états d'overdose, etc.)

Lorsque nous avons révisé le **diagnostic structurel** et symptomatique établi lors des consultations (Tableau VI), nous avons constaté que dans sept cas, une problématique dépressive était présente.

Chez cinq d'entre eux, il s'agissait d'organisations de type névrotique, mais deux cas révélaient un trouble plus sévère de la personnalité. Il est à remarquer que la majorité des cas présentaient une psychopathologie importante: quatre troubles de la personnalité, trois enfants «borderlines», deux psychoses précoces et un retard général du développement. Mais

Tableau VI: Diagnostic des enfants.

Réaction normale	2
Dépression névrotique	5
Troubles de la personnalité (dont 2 dépressifs)	4
Troubles graves de la personnalité (borderline)	3
Psychose infantile précoce	2
Troubles du langage	1
Retard général du développement	1

Tableau VII: Eléments anamnestiques.

Prématurité	5
Troubles du sommeil	5
Séparation première année	4
Troubles précoces de l'alimentation	3
Retard du langage	1
Retard moteur	1
«Head banging»	1
Asthme	1
Troubles de l'audition	1
Autisme	1

deux enfants ne montraient néanmoins pas de psychopathologie clinique (deux réactions normales).

Dans les antécédents anamnestiques (Tableau VII) de ces enfants, nous avons retenu les éléments suivants:

- prématurité dans cinq cas;
- troubles précoces du sommeil dans cinq cas;
- séparation répétée dans la première année de la vie dans quatre cas;
- troubles précoces de l'alimentation dans trois cas.

Nous retrouvons d'autres antécédents revêtant également un pronostic sévère:

- psychose autistique, retard moteur, «head banging», etc.

Parmi les mesures thérapeutiques appliquées (Tableau VIII), c'est l'importance des ruptures (sept cas) qui frappe en premier lieu. Les mesures qui ont pu être réalisées comprennent des psychothérapies de l'enfant (quatre cas), des traitements logopédiques (quatre cas), des thérapies mère-

Tableau VIII: Mesure thérapeutique principale.

Rupture	7
Psychothérapie enfant	4
Traitement des troubles du langage	4
Thérapie mère-enfant	3
Centre de jour	3
Retrait de garde	1

enfant (trois cas) ainsi que l'insertion dans un Centre de Jour pour les psychoses précoces et les troubles graves de la personnalité (trois cas).

Nous pouvons illustrer la trajectoire des enfants toxicomanes par l'exemple clinique suivant :

Il s'agit de deux enfants jumeaux que nous voyons pour la première fois à l'âge de 18 mois. Ils nous avaient été envoyés par la clinique de pédiatrie où ils étaient hospitalisés, l'un N. à cause d'une anémie importante avec un retard psychomoteur, l'autre P. avec également un retard psychomoteur accompagné d'hypoactivité.

Lorsque nous les avons examinés, nous nous sommes trouvés en présence d'une mère de 23 ans qui nous a dit d'emblée qu'elle était héroïnomane depuis l'âge de 13 ans; elle avait été séparée de sa famille et placée à 10 ans pour aider au ménage. Elle ne songe actuellement qu'à se séparer de son mari pour s'occuper toute seule des jumeaux. Elle idéalise à tel point sa toxicomanie qu'elle voudrait que ses enfants puissent eux-mêmes choisir la drogue qu'ils désirent après les avoir essayées. Lors de l'entretien, elle manifeste un manque évident de contact émotionnel, tant avec ses enfants qu'avec le thérapeute. Assise par terre, elle donne l'impression de « flotter » dans un monde privé et lointain, hors de la réalité. Tout au long de l'entretien, elle donne des signes cliniques qui permettent d'établir un diagnostic de troubles graves de la personnalité de type schizoïde.

Peu de temps après la première consultation, les parents divorcent, et par la suite, les enfants ont rarement vu leur père. Ce sont surtout les grands-parents et un oncle maternel qui ont apporté une continuité relationnelle et assumé en grande partie les soins des enfants.

Après l'examen, nous diagnostiquons pour N. un retard global du développement de type psychotique avec des éléments de carence affective grave; le tableau clinique de P. est encore plus sévère; il présente un syndrome autistique, avec une surdité moyenne. Les enfants ont été intégrés dans un hôpital de jour dont ils ont été retirés peu après. Par la suite, ils ont été dans un autre centre de jour, puis dans un internat.

P. a très rapidement été intégré dans une école pour enfants sourds et malentendants. Sa surdité a été corrigée à l'aide d'un appareil. Son évolution a été positive par rapport à la gravité de son trouble psychotique. L'établissement d'une relation étroite et continue avec un éducateur lui a permis de sortir de l'autisme et de communiquer avec autrui, ainsi que de développer la fonction symbolique. Il lui reste néanmoins d'importantes difficultés d'apprentissage.

Actuellement, il se trouve dans un internat pour enfants malentendants. S. a pu suivre dans l'internat toute sa scolarité primaire et il est actuellement dans une école de formation préprofessionnelle. C'est également grâce à des relations privilégiées continues avec un éducateur, qu'il a pu dépasser son extrême inhibition. Dans le sein de cette relation, il a pris progressivement confiance en lui. Lors d'un récent entretien, à l'âge de 14 ans, nous avons pu apprécier qu'il avait su organiser des identifications soutenant un fonctionnement moïque satisfaisant, ce qui lui permettait une bonne adaptation sociale. Toutefois, il garde une vulnérabilité narcissique avec une certaine tendance dépressive, qui va se manifester directement et indirectement en rapport avec des préoccupations concernant sa mère. Il dira «mon plus grand souci, c'est lorsque ma mère crie, je pense qu'elle est malade et que peut-être elle ne peut pas se soigner et qu'elle peut mourir», «ça m'ennuie de pleurer en pensant à cela». L'investissement ambivalent et l'identification avec cette mère apparaît dans un souvenir écran: «Quand j'avais deux ans, ma mère m'a laissé tomber dans la baignoire brûlante; je m'en souviendrai toute ma vie, j'ai dû aller à l'hôpital.» Il y a de nombreux accidents, notamment une fois, «j'ai tombé d'une hauteur de dix mètres». Il raconte également un cauchemar fréquemment répété: «Je suis chez ma mère, je tombe du balcon et j'ai mes jambes coupées, et on me met sur une chaise roulante.» Cette problématique nous conduit à poser l'indication d'une psychothérapie individuelle.

Pendant toutes ces années, une des principales tâches du personnel s'occupant de ces enfants a consisté à maintenir un lien avec la mère par le biais des grands-parents et l'oncle maternel. Cet oncle est devenu une figure très investie par les deux frères au point que P. passe ses congés chez lui et projette de reprendre son métier. En revanche, la mère, bien que sous contrôle thérapeutique (méthadone), est décrite par le dernier psychiatre qui l'a reçue avec des termes où nous retrouvons les mêmes images que nous avons utilisés il y a 12 ans: «Femme schizoïde séduite par la marginalité toxicomane, qui navigue à dix centimètres du sol et n'entend rien ni personne.»

Conclusions

A l'analyse d'ensemble de ces données, nous constatons que nous sommes en présence d'une psychopathologie importante chez les enfants de parents toxicomanes qui ont consulté nos Services. Il s'agit le plus fréquemment de diverses modalités de troubles dépressifs qui vont au-delà de la réaction de tristesse et de deuil face à une perte. Ils présentent un mode d'organisation de la problématique intrapsychique caractérisée par une inhibition de l'expression de leur agressivité.

Cette agressivité est retournée contre leur moi identifié avec des objets parentaux investis de façon ambivalente.

Les diverses expériences familiales et interréactionnelles vécues par ces enfants sont sans doute à la base de ce type de structures psychiques. Ce sont des enfants qui ont vécu de nombreuses ruptures et séparations en rapport avec les vicissitudes de la toxicopathie parentale. En plus des séparations physiques et durables dans le temps, la nature des phénomènes inhérents à la prise régulière d'opiacés implique chez les parents des alternances entre des moments d'investissement et d'intérêt pour l'enfant avec de longues périodes de désinvestissement et d'absence de toute relation.

Cette discontinuité relationnelle va contribuer aux difficultés de ces enfants à établir des images internes et continues de parents stables, des troubles profonds de l'identité peuvent en être la conséquence, comme nous l'avons constaté dans notre population (troubles borderlines et troubles psychotiques).

La constellation familiale est fréquemment atypique: le père est souvent absent et inconnu lorsque la mère est toxicomane. Les parents toxicomanes changent souvent de partenaires et les situations de promiscuité ne sont pas rares. La psychopathologie des parents qui présentent à leur tour, comme nous avons vu, des troubles graves de la personnalité, va donner lieu à des distorsions projectives de l'image qu'ils se font de l'enfant. L'enfant peut être perçu par ses parents, soit comme un objet fantasmatique très idéalisé, voire parfois très excitant sur le plan érotique, soit comme persécuteur et/ou culpabilisant.

Traitement et prévention

Grâce à une collaboration pluridisciplinaire, des thérapies précoces à but préventif ont pu être entreprises, avec des résultats favorables, dans plus de la moitié de nos cas. Il a fallu le concours d'un ensemble de facteurs pour parvenir à les mettre en place et les mener à bien. Parmi ces facteurs, nous pouvons souligner le rôle joué par l'école, les jardins d'enfants et crè-

ches, qui ont su reconnaître les difficultés des enfants (dépistages précoces à but préventif), motiver les parents à venir puis soutenir ces derniers et, enfin, collaborer avec nous dans les démarches thérapeutiques.

Dans ces situations, ce sont les problèmes de l'enfant qui ont motivé la consultation, mais d'autres cas nous ont été adressés par des services sociaux, médicaux ou psychologiques, en fonction de la pathologie des parents; nous avons pu là aussi établir une collaboration avec les professionnels qui a abouti à des prises en charge multidisciplinaires satisfaisantes.

En revanche, il faut également prendre en considération le fait que, dans presque la moitié de nos cas, la proposition thérapeutique s'est soldée par une rupture. Relevons cependant que la population venue nous consulter représente déjà une sélection positive dans l'ensemble des parents toxicomanes, puisque ces derniers ont au moins cherché une aide pour leurs enfants. Comme on le sait (Mino), une des caractéristiques des toxicomanes, c'est d'avoir de grandes difficultés à chercher de l'aide et, s'ils le font, de la remettre rapidement en question [11]. Nous retrouvons ici les limitations essentielles de la prise en charge ambulatoire de ces enfants, comme d'ailleurs de leurs parents toxicomanes. Ces limitations sont presque unanimement reconnues par l'ensemble des praticiens (Duckert) [5].

Face à ces difficultés, nous avons été amenés à considérer que la prise en charge thérapeutique des parents toxicomanes et de leurs enfants pose des problèmes comparables à celle des parents psychotiques. En effet, bien que les toxicomanes aient en apparence un plus grand contact avec la réalité que les psychotiques, cela ne fait que masquer un trouble profond du caractère, impliquant des dénis lacunaires de parcelles de cette réalité sur le plan relationnel, faisant d'eux ce qu'on peut appeler des «psychoses du comportement».

Aussi pensons-nous que des programmes préventifs et thérapeutiques pourraient être établis sur la base de notre expérience de la prise en charge des parents psychotiques et de leurs enfants [8] [9] [6]. Ces programmes devraient comprendre un certain nombre d'éléments que nous pouvons schématiser de la façon suivante:

Prise de contact

Une prise de contact avec les femmes toxicomanes enceintes, ou avec leurs enfants, devrait se réaliser le plus précocément possible. L'objectif essentiel est d'établir une relation avec ces femmes et de la maintenir d'une façon stable. Selon notre expérience, il est important qu'il y ait au moins deux personnes qui soient en relation avec chacune des femmes afin de faire face aux contre-attitudes que ces patientes éveillent en nous.

Groupe pluridisciplinaire

Constitution d'un groupe pluridisciplinaire des professionnels en contact avec les femmes toxicomanes permettant la mise en commun de problèmes sociaux, médicaux, psychiatriques et légaux.

Ce groupe aurait, par ailleurs, comme objectif l'élaboration et la discussion des contre-attitudes provoquées par des circonstances particulières chez l'un ou l'autre des parents.

Préparation à l'accouchement

La préparation à l'accouchement constitue une phase essentielle de la démarche préventive. Nous pensons qu'il est alors très important d'avertir l'infirmière puéricultrice de la Croix-Rouge, qui peut jouer un rôle « professionnel » dans la préparation de la mère aux soins à donner à un nouveau-né. Par ce biais, l'infirmière du quartier peut maintenir une relation avec les mères et leurs enfants. Il faudrait essayer d'être en contact avec le gynécologue et les membres de l'équipe de la maternité. Si cela s'avérait possible, un membre du groupe, ayant une relation avec la mère, devrait assister à l'accouchement.

Centres résidentiels

En accord avec la plupart des auteurs (Recommandation Conseil de l'Europe [3], Duckert [5], Schäfer [13]), l'existence de centres accueillant en régime interne la mère et l'enfant dans les cas de toxicomanie grave est indispensable pour pouvoir maintenir le contact avec ces patientes. Ce qui n'est pas nécessaire pour les parents psychotiques qui, sauf dans les phases aiguës, ont rarement besoin d'un suivi hospitalier à long terme. Mais les troubles de la personnalité du toxicomane font qu'il n'y a pas de phase de rémission contrairement aux troubles psychotiques aigus. Avec les schizophrènes, il existe toujours une partie non-psychotique de la personnalité qui donne la possibilité d'établir une relation tenant compte des nécessités de l'enfant. Avec le toxicomane grave, cela est beaucoup plus aléatoire.

Centres de Jour

La mise sur pied de Centre de Jour devrait permettre de recevoir à la journée la mère et l'enfant, voire toute la famille. Un personnel spécialisé

d'éducatrices-nurses ou jardinières d'enfants devrait faire partie de l'équipe de ces centres; leur but serait d'organiser une unité plus spécifique aux enfants, de type jardin d'enfants thérapeutique.

Utilisation des ressources de la communauté

Dès le début, le groupe de prévention et de prise en charge de parents toxicomanes et de leurs enfants doit se donner comme objectif la collaboration étroite entre tous les membres de la communauté pouvant jouer un rôle de prévention. Il s'agit en particulier des infirmières puéricultrices de la Croix-Rouge dont nous avons parlé, ainsi que des pédiatres, médecins généralistes, les services sociaux (Tuteur général, Protection de la Jeunesse) et le personnel enseignant et éducatif de l'école, crèches et jardins d'enfants.

Appui du milieu familial

Les membres non-toxicomanes de la famille ont une importance déterminante dans l'évolution de la situation; il s'agit le plus fréquemment des grands-parents, oncles et tantes, et plus rarement du conjoint. Le but essentiel est de renforcer et soutenir les compétences de chacun en évitant à tout prix de nous substituer à eux. Dans la plupart des cas, nous avons comme interlocuteurs familiaux les grands-parents puisque souvent les deux parents sont toxicomanes ou bien le père est soit absent, soit inconnu. Cela confronte le professionnel au maniement d'une situation dialectique dans laquelle «l'alliance» avec les grands-parents peut facilement être vécue par le patient comme un élément persécutoire.

Le problème du placement des enfants

Le principe de base, qui est généralement admis dans la prise en charge de mères d'enfants en bas âge, est la non-séparation: en effet, les expériences (Duckert [5], Schäfer [13]) montrent que très souvent la présence physique de l'enfant est en soi un élément positif dans l'instauration de la relation mère-enfant et dans l'acceptation d'une aide thérapeutique. Malheureusement, il existe des cas où la conjonction de circonstances négatives fait que la sauvegarde du développement de l'enfant nécessite un placement à long terme. Il est donc nécessaire d'évaluer l'ensemble de la situation avec le moins d'éléments subjectifs et de contre-attitudes. Une grille d'évalua-

tion sociale, telle qu'elle a été établie par la Conférence permanente du Royaume-Uni sur la consommation de la drogue [3], permet d'emblée de détecter les cas les plus extrêmes. Cette grille prend en considération: les caractéristiques de la consommation de la drogue, les conditions de logement et l'environnement immédiat, la satisfaction des besoins fondamentaux de l'enfant, les moyens utilisés pour se procurer de la drogue, les risques directs pour la santé physique de l'enfant, les fréquentations et le soutien de la famille et la perception par les parents de la situation.

Le problème du virus HIV (SIDA)

Comme nous l'avons relevé, le problème du virus HIV met en évidence deux faits qui sont particulièrement significatifs. Le premier est celui de la transmission mère-enfant du virus dans 50% des cas. Sur ces 50% d'enfants, la moitié va développer une forme grave de maladie du SIDA pendant les trois premières années de vie; le reste des enfants séropositifs souffrira d'une forme moins grave de la maladie avec des aggravations possibles dans 45% des cas, seuls 5% demeurent séropositifs asymptomatiques durant les dix premières années de vie (Borella [1]). Le deuxième élément important est le fait que, dans le cas où les deux parents toxicomanes sont séropositifs ou atteints du SIDA, l'enfant risque de devenir orphelin.

Les aspects liés au virus HIV vont rendre plus complexes les mesures préventives pour ces enfants de parents toxicomanes atteints du SIDA, avec le risque supplémentaire d'exclusion sociale. Les connaissances sur l'épidémiologie du SIDA ne sont pas encore définitives, néanmoins il n'existe pas de travaux rapportant des cas où des enfants séropositifs ou atteint du SIDA auraient contaminé leur entourage. La commission d'experts du SIDA de l'Office Fédéral Suisse de la Santé Publique conclut: «Il n'y a pas de danger de transmission du virus à l'école ou entre frères et sœurs.» «Le risque potentiel existe seulement lors de blessures avec saignement important et de blessure profonde chez le receveur.» «En cas de vomissements, les mesures d'hygiène élémentaires suffisent.» [12]

Cela étant su et le personnel s'occupant de collectivité d'enfants connaissant ces mesures d'hygiène, les enfants séropositifs peuvent bénéficier des mesures préventives et thérapeutiques destinées à l'ensemble des enfants de parents toxicomanes.

Bibliographie

1. BORELLA E., Communication personnelle.
2. CONSEIL DE L'EUROPE (1988), Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (Groupe Pompidou), Strasbourg, Symposium sur les femmes et la drogue, recommandations.
3. CONSEIL DE L'EUROPE, Prise en charge des enfants. Marche à suivre pour évaluer les facteurs de risque dans le cadre du travail accompli auprès des parents consommateurs de drogue. Texte établi par la Conférence permanente du Royaume-Uni sur la consommation de drogue. Standing Conference on Drug Abuse (SCODA).
4. DAVIS M.M. (1979), Maternal Drug Dependence: Its implications for infant development, *Basic Handbook of Child Psychiatry*, J.D. Nashpitz Ed., vol. 4, Prevention and current issues, I.N., Berlin et L.A. Stone, New York.
5. DUCKERT M. (1987), Les femmes enceintes et les mères de famille toxicomanes. Conseil de l'Europe, Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (Groupe Pompidou), Strasbourg, mars.
6. GARRONE G., JABLENSKI J. et MANZANO J. (1986), Les jeunes parents psychotiques et leurs enfants, Edit. SIMEP-Masson, Lyon.
7. MALTINSKI M. (1979), Maternal Drug Dependence: Its implication for infant development, *Basic Handbook of Child Psychiatry*, J.D. Noshpitz Ed., vol. 4, Prevention and current issues, I.N., Berlin et L.A. Stone, New York.
8. MANZANO J. et LALIVE J. (1983), Les jeunes mères psychotiques et leurs enfants. Expérience d'un programme de prévention primaire et secondaire, *L'Information Psychiatrique*, 59, 5, 673-685.
9. MANZANO J., TORRADO DA SILVA M., PALACIO F. et CRAMER B. (1979), Programmes de prévention dans un service de guidance pour enfants préscolaires, *Acta paedopsychiat.*, 45, 209-218.
10. MARTIN K., KATZ BEN Z. and MILLER G. (1987), AIDS and antibodies to human immunodeficiency virus (HIV) in children and their families, *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 155, 1, January.
11. MINO A. (1988), Femmes toxicomanes et SIDA. Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe, avril, Berne.
12. OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (1988), Rapport de la Commission d'Experts sur le SIDA.
13. SCHÄFER V. (1988), Les femmes et la drogue. Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe, mars, Strasbourg.

POLITIQUES LOCALES ET TOXICOMANIE

A. Coppel et D. Touzeau***

1. La démarche du Centre Pierre-Nicole: du traitement à la prévention

Le point de départ de ce travail repose sur une préoccupation qui relève de la prévention tertiaire. Comment favoriser l'insertion sociale et professionnelle des toxicomanes pris en charge dans un centre spécialisé, comme le Centre Pierre-Nicole à Paris? Si le temps d'hébergement peut être considéré comme un temps fort, nécessaire à la restructuration psychique, il ne constitue qu'une étape de la construction d'une identité sociale, nécessitant l'élaboration de la démarche de désintoxication.

Au-delà de la prise en charge institutionnelle déterminée de façon contractuelle, un suivi ambulatoire s'avère indispensable, fournissant des repères, des points d'appui dans l'environnement proche de l'ex-toxicomane.

L'expérience montre que les rechutes sont la plupart du temps attribuées à la reprise de contact du toxicomane avec son réseau habituel. Il peut être utile d'élaborer des projets d'insertion l'éloignant de son lieu habituel, d'autant plus qu'il s'agit de jeunes désinsérés, sans contact avec leur famille, pour lesquels l'errance constitue un véritable mode de vie.

Avec l'extension des toxicomanies, l'absence d'insertion relève de moins en moins d'une démarche individuelle. Elle caractérise la fratrie, la famille toute entière, avec laquelle le jeune garde des liens étroits. Précarité, acculturation s'intègrent à la problématique toxicomaniaque, à laquelle s'ajoute

* Sociologue, Centre Pierre-Nicole, 27, rue Pierre-Nicole, F-75005 Paris.

** Médecin assistant, Centre Pierre-Nicole, 27, rue Pierre-Nicole, F-75005 Paris.

la fréquente contamination par le VIH. Plus la formation initiale du toxicomane est défectueuse, plus ses ressources sont réduites, moins il est possible d'imaginer une réinsertion en dehors de son milieu originel.

Le réseau familial et social constitue bien souvent le seul capital social du jeune. Capital bien fragile, que les parents, souvent déracinés, ont commencé péniblement à constituer et qu'il faut renforcer et développer. L'éloignement du jeune de la cité ne peut donc constituer qu'une étape. Il s'avère le plus souvent nécessaire d'envisager le retour dans le milieu originel. Mais comment revenir sans rechuter si, comme l'affirment volontiers ces jeunes : « Ici, tout le monde se défonce. » Provocation ou certitude que le monde se limite à son propre réseau relationnel : le discours doit certainement être réinterprété. Il témoigne toutefois d'une large extension de l'abus de drogues.

Si l'on veut éviter les rechutes lors du retour du jeune dans son quartier, il faut envisager un soutien effectif. Existe-t-il dans le milieu originel des ressources qui peuvent servir de support ?

Telle est la question que nous nous sommes posée. Nous avons engagé notre travail sur une série d'hypothèses : plusieurs types de ressources doivent pouvoir être mobilisées, **ressources institutionnelles** d'une part, soit des professionnels des secteurs sanitaires, sociaux et éducatifs ; **ressources endogènes** d'autre part : famille, amis, relations de voisinage, etc.

Dès lors une nouvelle question se pose :

- ***Comment renforcer ces différents types de ressources ? Comment articuler le suivi spécialisé avec les réponses des services ou institutions locaux ? Comment mobiliser les ressources propres du milieu (parents, fratrie, relations sociales ?) etc.***

Pour tenter de répondre à ces questions, nous avons mis en œuvre des programmes de recherche-action dans la Région recherche.

Notre démarche a consisté à appréhender les significations de la consommation de drogue pour ceux qui l'utilisent dans leur quartier et d'envisager un nouveau mode de travail du Centre Pierre-Nicole avec l'environnement différent de celui élaboré dans les années soixante.

2. Les années soixante : la reconnaissance d'une spécificité

C'est autour des spécialistes que se sont élaborées les problématiques théoriques et pratiques de l'intervention en toxicomanie. Le recours à un équipement spécialisé est apparu d'autant plus justifié qu'il s'agissait alors de prendre en charge une population relativement homogène avec ses références culturelles, ses codes, ses rites. Un réseau d'institutions offrant

des réponses variées et s'adaptant aux modifications de clientèle, s'est constitué. Il a répondu de façon satisfaisante aux cas les plus lourds.

Il faut s'interroger cependant sur cette logique de la spécialisation. Elle renvoie en miroir à la revendication d'une identité des toxicomanes.

Pour l'opinion publique, les comportements collectifs qui marquent l'appartenance au groupe étayent cette hypothèse largement contestée dans les milieux spécialisés mais spontanément adoptée, d'autant plus satisfaisante pour les esprits qu'elle offre une justification simple à la prise en charge spécialisée.

Si intervenants et toxicomanes débattent de la nature du phénomène, maladie ou symptôme pour les uns, choix d'un mode de vie marginal pour les autres, du moins sont-ils tombés d'accord sur la reconnaissance d'une spécificité. Bien plus, l'isolement préconisé par les spécialistes a rencontré l'assentiment des toxicomanes. Ne plus se droguer, c'est bien évidemment ne plus vivre avec un groupe qui se définit d'abord par sa consommation de drogues.

Au-delà de l'immobilisme des institutions traditionnelles, la prise en charge spécialisée a fait l'objet d'un large consensus. Revendiquée par les intervenants en toxicomanie, en conformité avec les exigences des toxicomanes, elle s'est trouvée miraculeusement en adéquation avec la demande sociale.

Ce consensus sur les équipements spécialisés masque une série de malentendus, tout à la fois sur les objectifs et les moyens de l'intervention.

Pour l'opinion publique, l'affaire était claire: le problème devait être éradiqué, le vice sanctionné, la maladie traitée. Remise aux mains des spécialistes, la toxicomanie, tout d'abord circonscrite, devait être jugulée, comme l'avait été un précédent fléau, la tuberculose. La référence au modèle tuberculose est d'autant plus prégnante que les prises en charge se sont effectuées dans un cadre sanitaire. Plus profondément dans les mentalités collectives, ce recours à un modèle tuberculose ne correspond-il pas à l'espoir d'un médicament-miracle qui, à l'image des anti-tuberculeux, permettrait un dépérissement de l'épidémie?

Cet espoir, sans cesse déçu, contribue à la remise en cause des institutions.

La persistance de l'illusion, malgré les explications renouvelées des spécialités sur la nature du traitement, mérite qu'on s'y attarde. Elle renvoie, nous semble-t-il, à la nature de la demande sociale.

L'assimilation de la toxicomanie à une maladie, particulièrement une maladie somatique, offre trop d'avantages pour que l'opinion publique y renonce aisément. L'approche médicale du problème répond à la demande d'une solution radicale, dans des termes conformes aux exigences d'une morale humanitaire.

Fondamentalement, la relégation aux spécialistes participe de la peur et du rejet du toxicomane.

Affaire de spécialité, l'homme de la rue ne peut que s'abstenir. Le face-à-face direct du jeune expérimentateur et de l'adulte est ainsi évité. Face aux sollicitations, le jeune ne pourra obtenir aucun appui de sa famille ou de son environnement, la seule réponse apportée étant le recours aux spécialistes, qui implique que le jeune lui-même s'identifie comme toxicomane, c'est-à-dire comme malade.

La logique de la spécialisation conduit à une stigmatisation du groupe des «drogués» et à une déresponsabilisation du tissu social, en particulier des élus locaux qui renvoient à l'Etat la gestion du problème, en vertu de la loi de décentralisation qui a en France maintenu la compétence exclusive de l'Etat en matière de toxicomanie.

3. L'émergence de la nécessité d'une approche globale du problème

Depuis la fin des années 1970, à côté des «toxicomanies lourdes», de nouveaux modes de consommation et une extension s'est produite, par vagues successives, au fur et à mesure que s'aggravaient les problèmes sociaux. Plus que sur la banalisation de l'usage des psychotropes, l'attention de la population a été attirée sur les modes «durs» de consommation. Les phénomènes de délinquance associés ont constitué autant d'écrans. Dans le même temps où l'infection VIH se développait, c'est vers une criminalisation lourde que s'est infléchie la politique suivie, accentuant le recours à l'incarcération et la marginalisation des toxicomanes, remettant en cause, ces deux dernières années, le travail accompli par les spécialistes, accusés de n'avoir pas été capables d'éradiquer le mal!

Cette politique répressive a probablement facilité la diffusion du virus du SIDA, en concentrant les toxicomanes en prison, en les éloignant des lieux de soins et en rendant plus difficile l'adoption par ceux-ci de nouveaux comportements (arrêt du partage des seringues).

En France, entre 30% en province, et 80% dans les grandes villes, des toxicomanes lourds (I.V.D.), suivis dans les institutions, sont séropositifs. En prison, le chiffre de 30% est probablement sous-évalué. La libéralisation de la vente des seringues, prise sans aucune mesure d'accompagnement, n'a pas suffi à inverser cette tendance.

Cette politique menée au niveau national n'a pas permis de contrôler les consommations. Elle laisse les différents acteurs locaux (médecins, magistrats, policiers, éducateurs...) en «plein désarroi» pour reprendre les

propos de C. Bansept et P. Estebe au Colloque le Marly-le-Roi, «Politiques locales et toxicomanie», qui décrivent en ces termes les enjeux locaux:

«Les partenaires locaux et nationaux sont comme les héros de Ionesco qui voyaient proliférer les chaises. L'incompréhension et le désarroi entraînent inertie ou frénésie de faire: il faut dit-on faire parce qu'on ne peut pas faire autrement...»

Le désarroi entraîne deux attitudes souvent complémentaires: la poussée violente de faire du contrôle qui se traduit par l'opération coup de poing, une intervention plus discrète qui conduit également à la procédure éprouvée de la loi de 1970. Dans les deux cas, la figure est celle de l'exercice solitaire du contrôle ramenant la rue à un champ de manœuvres, les unes guerrières, les autres pacifiques mais non moins oppressives où les institutions sont face à une société civile qui les récuse ou se borne à compter les points.

Un constat s'impose: la répression de la toxicomanie via la loi de 1970 n'embraye pas sur la société civile: «Ce n'est pas l'usage de drogues qui justifie les plaintes du citoyen mais ses conséquences (délinquances...).» Voudrait-il faire quelque chose, qu'hormis la police peu de places lui sont réservées dans l'application de la loi de 1970 qui privilégie la réponse pénale ou spécialisée.

La disparition des «fauteurs de trouble» ne résout rien. Le contrôle des consommations de drogues suppose qu'un travail local soit mis en place: partenariat réunissant les acteurs locaux concernés et les spécialistes.

Les participants de l'atelier du Colloque ont souligné la réussite d'un «débat public sur l'exercice de la justice et de la police». Dans ce débat, les élus occupent une place centrale alors qu'ils sont confinés à un rôle marginal dans le dispositif de lutte contre la toxicomanie. Ceci paraît paradoxal, les élus étant les garants de l'ordre public et sollicités par une demande sociale de répression.

A Orly où notre équipe a contribué à la mise en œuvre d'une politique locale, c'est à la demande du Maire de la Ville que s'est constituée une Commission Toxicomanie. Notre intervention a consisté à réaliser un diagnostic local en confrontant les différentes sources d'information sur le problème: données issues des services et institutions mais aussi enquêtes sur le terrain auprès des populations. Cette démarche permet de resituer son poids dans les services et institutions mais aussi auprès de la population. L'exigence du maire était de mettre en œuvre des réponses qui ne soient ni purement médicales ou répressives (les toxicomanes sont des habitants de sa ville), mais de développer dans ce secteur comme dans les autres

(petite enfance, personnes âgées, réhabilitation des quartiers...) une démarche coordonnée, collective et diversifiée.

La chute spectaculaire de la délinquance et dans un moindre degré de la consommation de drogues illicites, confirmée par les services de police, peut s'expliquer par la prise de conscience collective du problème et la mise en œuvre d'un contrôle social, qui a conjugué démocratie et solidarité.

Dans le XVIII^e arrondissement de Paris s'est constitué un réseau local où se retrouvent habitants, professionnels, ex-toxicomanes, toxicomanes. Réunis dans une association, les membres du réseau soutiennent les jeunes du quartier, les aident à formuler leur demandes de soins, les accompagnent, informent les parents et incitent à une prise de conscience collective les acteurs locaux.

4. Un premier bilan des expériences menées en France et quelques pistes méthodologiques

Le Congrès de Marly-le-Grand a permis une première synthèse des multiples expériences menées en France; le point commun en est l'interpartenariat qui bouleverse les logiques institutionnelles. En inscrivant la prévention de la toxicomanie dans un territoire déterminé, les actions menées sont en prise directe avec les ressources du terrain.

Nous avons rappelé la nécessité d'une évaluation assez fine de la toxicomanie locale. La mise en commun des données des différents services est l'occasion de faire ce bilan et de construire un «tableau de bord» constitué des statistiques policières, judiciaires et sanitaires. Cet échange permet de faciliter l'appréhension des logiques professionnelles des différents acteurs et de mieux connaître leurs possibilités et limites.

Au-delà de la réalité du phénomène, il est nécessaire de prendre en compte la perception locale, les phénomènes de rumeurs, les représentations et les images circulant aussi bien chez les adultes que chez les jeunes.

A partir de ces constatations, des projets globaux, non exclusivement centrés sur la toxicomanie, peuvent être mis en œuvre. Ils utilisent des supports de communication originaux (média-bus, télévision locale...) et font appel à la mobilisation des habitants (groupe de parents, groupe de jeunes). Ils favorisent une meilleure articulation entre la société civile et les institutions, contribuent à structurer le tissu social.

L'ancrage local de l'intervention en toxicomanie conduit à une nouvelle définition du rôle du spécialiste qui doit tout à la fois être capable de prendre en charge les cas les plus lourds et élaborer avec les acteurs locaux des réponses pertinentes; voici trois exemples:

- Faut-il imposer une cure de sevrage à un jeune consommateur avant de tenter une réinsertion?
- Doit-on considérer comme toxicomane une mère de famille abrutie par la prise quotidienne de tranquillisants?
- Faut-il apporter une aide financière à un sortant de prison ex-toxicomane?

Ces questions ne sont pas celles qui se posent directement aux spécialistes. Il n'existe en ce domaine aucune recette, aucune doctrine.

Cette mission d'expertise nécessite des compétences techniques mais aussi politiques, tant il est difficile de «dynamiser de concert» élus, professionnels, bénévoles...

L'évaluation de ces politiques locales ne peut se faire qu'en prenant en considération les autres programmes locaux (lutte contre le retard scolaire, prévention de la délinquance, développement social des quartiers...). Un point mérite d'être cependant souligné: l'apprentissage de ces nouveaux «savoir-faire» est transposable à d'autres problèmes et permet d'appréhender plus rapidement, en élaborant des solutions locales, de nouveaux défis. Aussi à Orly la prévention du SIDA a-t-elle pu très rapidement être mise en œuvre en s'appuyant sur l'expérience acquise par les acteurs locaux en matière de prévention de la toxicomanie.

ÉPIDÉMIOLOGIE DES TOXICOMANIES ET FOLLOW-UP

F. Facy*

1. Rôle de l'épidémiologie en toxicomanie

L'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale effectue depuis 1971 des études épidémiologiques sur la toxicomanie, tout d'abord dans l'unité de recherche sur les Sociopathies avec le docteur Davidson puis à présent dans l'unité de recherche sur «Psychopathologie et pharmacologie des comportements» sous la direction du professeur Widlocher.

L'approche épidémiologique a été longtemps ignorée des intervenants en toxicomanie, contrairement aux recherches cliniques ou sociologiques; toutefois, l'évolution de cette méthode, dépassant les simples stades de comptage, montre son intérêt et ses contraintes. Pour Maxcy en 1951, c'est «une branche de la médecine qui étudie les relations entre les divers facteurs qui déterminent *l'ampleur* et la propagation dans la collectivité humaine d'une maladie infectieuse ou d'un état physiologique défini». A cette époque, en France, D. Schwartz introduit en médecine le raisonnement statistique, intégrant les trois paramètres des maladies transmissibles: l'agent, l'hôte et le contexte [1].

De nos jours, Jenicek, en 1985, parle «d'un raisonnement et d'une méthode propres au travail objectif en médecine et dans d'autres sciences de la santé, appliqués à la description des phénomènes de santé, à l'explication de leur étiologie et à la recherche des méthodes d'intervention efficaces» [2].

- 1.1. Quelles sont alors les interrogations envisageables à poser aux épidémiologistes en matière d'usage et d'abus de drogues:

* Directeur de Recherche, INSERM U. 302, F-75000 Paris.

- a) Combien y a-t-il dans une population générale d'expérimentateurs, d'usagers réguliers, de toxicomanes avérés?
- b) Comment l'usage est-il fait et quels sont les produits?
- c) Qui est concerné?

Les moyens sont alors:

- des enquêtes en population générale ou sur des groupes exposés;
- des systèmes d'enregistrement à partir des services accueillant des toxicomanes;
- des registres.

Les critères utilisés pour assurer une bonne qualité à ces enquêtes nécessitent un recensement des produits, une connaissance des modes d'usage, des pathologies associées, physiques et mentales, et des données sociales pertinentes.

Au niveau des méthodes d'intervention auprès des toxicomanes, des questions sur l'évaluation thérapeutique (sevrage ou traitement de consolidation) et le devenir des sujets sont abordées au moyen d'essais thérapeutiques ou d'études de suivi, à partir de cohortes, ou d'échantillons sélectionnés suivant les lieux de soins.

L'évaluation des services reste éloignée des préoccupations des chercheurs en épidémiologie et appelle à d'autres critères administratifs.

1.2. Les comparaisons internationales des études épidémiologiques, qui sont menées dans le cadre du Conseil de l'Europe et du Groupe Pompidou, permettent de situer l'avancée des travaux français. Une liste d'indicateurs (Tableau I) a été établie, visant à apporter des informations sur les usagers réguliers de stupéfiants (par voie intraveineuse) et les polytoxicomanies lourdes, et privilégiant l'attention portée aux conséquences médicales, sociales et juridiques [3].

Ces critères indirects prennent d'autant plus de sens qu'ils sont interprétés ensemble, et assurent un rôle prédictif dans l'évolution du phénomène: par exemple l'arrivée d'un nouveau produit ou la baisse du prix de vente entraînent des modifications de la population toxicomane.

En France, l'absence de registre comme aux USA (avec le CODAP ou le DAWN) ou en Grande-Bretagne (addict Index) limite la disponibilité de tels indicateurs.

Tableau 1: Indicateurs de l'enquête «multi-villes».

Premières demandes de traitement
Admissions dans les hôpitaux
Hépatites virales
Décès liés à la drogue
Arrestations par la police
Emprisonnements
Saisies de drogues illicites
Prix/degré de pureté des drogues illicites
Données provenant d'enquêtes
Autres (urgences, SIDA, marques de piqûres)

Source: Conseil de l'Europe.

2. Sources d'informations

Les statistiques existantes, fournies par les service de police, ou les ministères de la justice et de la santé, portent sur des cas ou des événements et non des individus. Elles comportent notamment des comptes multiples.

2.1. **L'OCRTIS** (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants) présente dans un rapport annuel les infractions à la législation sur les stupéfiants constatées par les services de police, de gendarmerie et des douanes. Les interpellations pour usages de stupéfiants ont décuplé entre 1972 et 1985. Il y en a eu 26.987 en 1987. Cependant, les statistiques sont autant le reflet de l'activité des services de police que de celles liées à la toxicomanie, notamment pour les saisies.

Pour les décès, l'OCRTIS enregistre 228 overdoses (mais elles sont largement sous-estimées) ce qui représente 1 % à 2 % des décès pour les femmes et les hommes de la tranche d'âge 20-29 ans [4].

La Justice estime la population carcérale consommatrice de drogues à 8.000 en 1986.

2.2. Le Ministère de la santé

Une enquête annuelle est réalisée depuis 1974 au quatrième trimestre auprès de l'ensemble des structures accueillant des toxicomanes caractérisés par un usage de drogue illicite ou de substance détournée de son usage normal.

En 1985, 20.903 cas ont été signalés dans les structures sanitaires (trois mois d'enquête) [5].

Tableau II: Catégories d'établissements accueillant des toxicomanes.

	Effectif	%
Hôpitaux généraux publics	6.250	30
Etablissements psychiatriques	2.130	10
Psychiatrie extra-hospitalière	870	4
Centres médico-psychologiques généraux	486	2
Centres spécialisés	8.437	40
Etablissements sociaux	2.179	10
Autres établissements	551	4
TOTAL	20.903	

Source: SESI 1985.

Cette enquête (répétée en 1987 sur un mois) donne des éléments pour l'indicateur de première demande: 40% des cas sont un premier recours au système de soins.

En 1984, les prises en charge se répartissent ainsi:

- sevrages: 30%
- postcures: 8%
- traitement d'affections somatiques: 10%
- traitement d'affections psychiatriques: 11%
- réinsertion: 41%.

3. Enquêtes

Les épidémiologistes de l'INSERM ont essentiellement réalisé deux types d'études:

- Un premier type d'étude concerne la population générale, à partir d'échantillons représentatifs des jeunes scolarisés. La répétition de ces enquêtes depuis 1971 a permis de suivre l'évolution de l'expérimentation de drogues [6]. Une analyse typologique réalisée sur un échantillon de 2.000 adolescents a permis d'isoler un groupe de 8% de sujets, associant plusieurs produits en quantités importantes et régulières parmi le tabac, l'alcool et les médicaments psychotropes, et allant de façon pri-

vilégiée vers les drogues illicites : probabilité d'essayer une drogue multipliée par neuf pour les garçons fumeurs et ayant déjà été ivres trois fois [7].

Une étude est en cours sur une population de salariés agricoles pour rechercher la corrélation entre usage de psychotropes et traits de personnalité.

Une enquête menée avec de CREDOC permet par ailleurs d'identifier les principaux profils d'utilisateurs de produits psychotropes, alcool, tabac et médicaments en population générale, relativisant ainsi les comportements d'usage et d'abus à l'adolescence [8].

- Un deuxième type d'étude porte sur des échantillons de toxicomanes dépendants vus en institutions spécialisées ou en milieu carcéral. La représentativité est fonction du lieu d'observation. Les aspects envisagés dans les enquêtes menées depuis 1974, sont :
 - la sociodémographie ;
 - l'histoire de la toxicomanie au niveau des substances utilisées et des recours aux soins ;
 - les antécédents personnels et familiaux ;
 - la psychothérapie.

Une enquête menée en 1984 avec P. Angel auprès de mineurs délinquants vus à l'Education Surveillée a permis aussi d'analyser les contextes familiaux et sociaux pour l'usage de solvants [9].

Depuis 1986, une base de données est en cours portant sur des toxicomanies vues dans les centres spécialisés avec des objectifs d'épidémiologie descriptive et de développement de recherches ponctuelles au niveau de la psychométrie (avec des échelles comme le Mini-Mult, le CPRS, l'échelle de dépression de Widlöcher) et au niveau de l'analyse des itinéraires dans le système des prises en charge.

3.1. Enquête épidémiologique auprès des toxicomanes vus dans les centres spécialisés en 1986

L'enquête de l'INSERM réalisée en 1986, d'octobre à décembre, peut être confrontée aux enquêtes du Ministère. Il s'agit d'un mode de sollicitation tout à fait différent, puisqu'une participation volontaire a été proposée aux Centres spécialisés pour décrire la population accueillie en 1986 [10].

Une convention a été signée entre la Mission Interministérielle de Lutte contre la Toxicomanie (MILT) et l'INSERM pour réaliser cette enquête, avec une garantie par l'INSERM de respecter l'anonymat des Centres, les Centres garantissant eux-mêmes l'anonymat des sujets, comme ils en ont l'habitude.

L'ensemble des Centres ont été contactés; il y en a cent soixante répartis sur le territoire; nonante-quatre ont répondu favorablement. C'est une très bonne répartition géographique puisque dix-sept régions sur vingt-deux ont participé. Et au total, 4.846 dossiers ont été enregistrés. On retrouve:

- Au niveau régional: les trois régions à plus grande concentration urbaine, sont largement représentées, 49% pour l'Ile de France, 10% pour la région Rhône-Alpes, 9% pour la Provence-Côte d'Azur.
- Au niveau socio-démographique: par rapport aux premières études de 1972, on note un vieillissement des consultants (68% ont entre 20 et 30 ans), une stabilité du sex-ratio (une femme pour trois hommes), la présence d'étrangers (13%) (plus chez les hommes).

L'intégration familiale est meilleure (la moitié ont un logement assuré par leur famille) et le niveau scolaire a augmenté, même s'il reste en moyenne plus bas que celui de la population générale du même âge (15% ont un niveau supérieur ou égal au baccalauréat). La constitution de foyers reste très inférieure à la population générale (22% sont mariés ou vivent en couples, 18% sont parents). L'activité professionnelle est aussi très inférieure à celle de la population générale (seuls 18% ont une activité continue, et 43% ont une activité intermittente):

- Au niveau des toxiques: l'héroïne demeure le produit le plus utilisé (69%) en première place. La polytoxicomanie concerne les deux tiers des sujets et le produit de début le plus fréquent est le cannabis (30%). L'âge moyen de début est 16-17 ans mais il est plus précoce pour les sujets plus jeunes de l'étude.

Il est à remarquer la place relativement faible de l'usage de la cocaïne (1% en produit principal, 12% en produit associé). Par contre, l'alcool et les médicaments sont retrouvés de façon plus importante (deux fois plus environ), rappelant ainsi les spécificités françaises en ce qui concerne l'usage des psychotropes. L'alcool concerne 26% des sujets en produit associé (plutôt les hommes) et les médicaments psychotropes 29%, les femmes étant plus concernées:

- Au niveau des difficultés associées à la toxicomanie:

- sociales: les sujets sont caractérisés par des emprisonnements fréquents (36%), plus nombreux chez les hommes (43%);
- psychologiques: les sujets ont souvent fait des tentatives de suicide (24%), plus nombreuses chez les femmes (36%);
- médicales: les sevrages antérieurs sont fréquents (41%).

L'enquête nationale auprès des centres spécialisés doit être reproduite au bout de 5 ans.

Entre-temps, le même recueil de données est assuré par quelques centres volontaires pour suivre certains facteurs et aborder des questions d'actualité. Par exemple, après la loi sur la libéralisation de la vente des seringues en mai 1987, il s'est révélé important de juger de son impact auprès de 270 toxicomanes traités.

Alors que le profil moyen se trouve très proche de l'enquête nationale (66% sont héroïnomanes), on remarque la pratique du partage des seringues largement répandue avant la libéralisation (63%). L'effet des campagnes et mesures de prévention ne peut être évoqué que dans 34% des cas au mieux, vers l'arrêt des injections. 44% empruntent encore leurs seringues occasionnellement ou régulièrement. 10% se les procurent autrement qu'en pharmacie même si pour la majorité, l'achat est devenu plus facile en pharmacie. Le test de sérodiagnostic du SIDA a été indiqué positif pour 23%, ce qui donne au maximum vers 30% des cas si on estime la part des non-réponses. La provenance géographique des cas serait certainement à détailler pour expliquer les différences avec les taux observés dans les grandes villes.

4. Etudes de suivi

Qu'en est-il enfin des études de devenir des toxicomanes? Les difficultés sont telles que les seuls travaux réalisés se situent en contexte réel, aboutissant à des bilans globaux où la part d'une thérapie est impossible à isoler. Les études de suivi ont été réalisées principalement aux Etats-Unis, en Grande-Bretagne et dans les pays scandinaves. En France, F. Curtet et F. Davidson [11] ont montré l'existence de certains facteurs pronostics d'évolution favorable dans le champ socio-familial (instauration de relations affectives couple-enfants, projet professionnel ou social), mais le taux de sujets non retrouvés était important (50%). D. Rosch montre sur une population suivie à l'Abbaye l'importance des données sociales, dans les prises en charge successives. Il décrit les corrélations statistiques entre niveau de

soins et type de patients, la différenciation étant plus grande en fonction des données sociales que des données strictement médicales ou psychologiques [12].

L'ouvrage de Moutin et Briole sur le devenir des toxicomanes relève un certain nombre de difficultés méthodologiques dans les études entreprises [13]:

- protocole de recherche incomplet, où toutes les variables significatives ne sont pas contrôlées;
- taille d'échantillon réduite et biais de recrutement;
- mesure défectueuse des résultats (absence d'indicateurs fiables, valides et d'accès facile), omission de résultats secondaires.

Aussi, nous proposons une étude de suivi **réduite** portant sur l'hypothèse de **profils de changement**, en relation avec des types de patients.

Au niveau des centres spécialisés, deux recueils de données sont prévus sur 18 mois, au moyen:

- d'échelles d'évaluation, chacune d'elles étant élaborée sur la base d'un modèle différent: Mini-Mult, Addiction Severity Index, Echelle de dépression de Widlöcher;
- de questionnaires fournis aux thérapeutes et éventuellement à d'autres personnes impliquées dans le processus thérapeutique décrivant les sujets et les traitements.

Ces documents constituent un ensemble modulaire d'échelles et de questionnaires dont le remplissage est laissé libre. Le recueil des données reste ainsi proche du travail clinique qu'il doit éviter de perturber.

L'étude est réalisée dans un strict **anonymat** des patients, des thérapeutes et des institutions.

Un tel travail permet d'établir:

- une typologie de patients,
- une typologie de prise en charge,
- les profils de changement qui y sont corrélés,

et d'étudier les changements survenus pendant et après la fin de la thérapie.

Les études de ce type apparaissant beaucoup moins ambitieuses que certaines études longitudinales; elles nous ouvrent en revanche d'intéressantes perspectives sur la dynamique même du processus thérapeutique.

Conclusion

Les décideurs en matière de Santé Publique, d'une part, se tournent naturellement vers les épidémiologistes avec des questions en terme de population; les intervenants en toxicomanie, d'autre part, ont atteint un niveau de professionnalisme et une pratique de soins tels, qu'ils s'interrogent en terme d'évaluation et interpellent alors les chercheurs, afin qu'ils les aident à élaborer des méthodologies.

On assiste à présent, du fait même d'une meilleure coordination des structures administratives et d'une plus grande sensibilisation des thérapeutes, au recueil de données statistiques, à l'amélioration sensible de la description des toxicomanes. Les enquêtes sont de plus en plus organisées pour être comparables, et complémentaires (INSERM, Ministère et centres de soins).

La recherche des facteurs de risque, déjà bien avancée, se poursuit à travers des enquêtes en population générale (milieu scolaire) et des études sur groupes comparatifs (usagers de drogue, toxicomanes, suicidants, délinquants) avec des outils psycho-sociaux et psychométriques. Au niveau de l'évaluation du devenir des sujets, les travaux entrepris montrent, de par les difficultés à suivre une population mouvante, et à la décrire sur des plans multiples, la nécessité d'engager des recherches pluridisciplinaires, cliniques et épidémiologiques; l'élaboration de modèles qui tiennent compte des interventions thérapeutiques sur des groupes de sujets différenciés par rapport à leurs caractéristiques de santé et leurs données sociales, serait utile pour des appréciations globales au niveau de la santé publique et pour des aides à la décision clinique, au niveau de la prévention secondaire.

Bibliographie

1. SCHWARTZ D., Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes, Flammarion.
2. JENICEK M. (1985), Epidémiologie clinique, Edisem/Maloine, 254 p.
3. CONSEIL DE L'EUROPE (1986-1988), Enquêtes multivilles, Strasbourg.
4. MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR (1988), Toxicomanie et trafic de drogue en France. Les statistiques de l'année 1987, OCRTIS, Paris.
5. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI (SESI) (1988), Enquête «toxicomanies» auprès des établissements, 4^e trimestre 1985, *Informations rapides*, 113, 14 p.
6. CHOQUET M., LEDOUX S. et MENKE H. (1988), La santé des adolescents. Analyse et prospective, *La documentation française*, 141 p.

7. FACY F., CHOQUET M., RALAMBONDRAINY H. et VERRON M. (1986), L'association alcool-drogue chez les jeunes scolarisés et les toxicomanes, *Psychologie médicale*, 18, n° 2, 255-259.
8. HAEUSLER L., ROSCH D. et FACY F. (1988), Opinions des Français sur les stupéfiants. Consommations associées d'alcool, tabac, tranquillisants, Rapport CREDOC, n° 34, février.
9. ANGEL P., BOTBOL M. et FACY F. (1987), Adolescence et solvants, Centurion, 185 p.
10. FACY F. et LAURENT F. (1988), Approche épidémiologique des toxicomanes consultants auprès des centres spécialisés. Cahiers statistiques. Solidarité Santé, *La Documentation française*, 15.
11. CURTET F. et DAVIDSON F. (1979), Le devenir des toxicomanes, *Annales médico-psychologiques*, 137, n° 9.
12. ROSCH D. et FACY F. (1987), Analyse des modalités de prise en charge ambulatoire de jeunes toxicomanes en fonction de leurs caractères sociologiques, *Social psychiatry*, 22, n° 2, 107-112.
13. MOULIN P. et BRIOLE G. (1984), Après la drogue? Les devenirs des toxicomanes, Privat, Toulouse, 268 p.

EXPÉRIENCE DES TRAITEMENTS AMBULATOIRES DES TOXICOMANES PRÉSENTATION DE LA CONSULTATION CAMOLETTI

*Richard Vuagniaux**

1. Généralités

Je voulais poser en exergue de cette présentation une question: faut-il aborder nos patients toxicomanes avec des programmes structurés ou des filiales de soins différenciées?

Notre consultation, dite consultation Camoletti, est un lieu privilégié, car respecté par nos patients. Les toxicomanes y viennent avec l'espoir qu'il s'agira peut-être d'autre chose que de la drogue. S'il y a des médicaments pour soulager leur souffrance lors du manque physique, ils sont associés à une dimension psycho-thérapeutique ou à un projet psycho-social global. Nous ne signons presque jamais d'ordonnance et les médicaments passent de la main du thérapeute à celle du patient.

Nous sommes une équipe de quatre psychologues, deux médecins et une secrétaire. Si les psychologues donnent les médicaments, c'est toujours sous la prescription et le contrôle d'un médecin.

Un sevrage ambulatoire dure environ dix jours. Dix jours de rencontres quotidiennes, c'est long et le patient comme le thérapeute peuvent en sortir épuisés, d'autant plus qu'il ne s'agit presque jamais d'une fin en soi, mais d'un moment où le patient accepte de faire le trajet à rebours de relations anesthésiées par l'héroïne vers une reconnaissance de son corps, des autres et de sa souffrance psychique. Ces moments représentent environ un tiers de notre travail.

D'autres patients établissent un rapport psychothérapeutique au long cours, de plusieurs mois à plusieurs années (environ 20% de notre popu-

* Médecin-Chef de Clinique psychiatrique, Unité de Toxicopathie, (I.U.P.G.), Villa les Crêts, 1 ch. Edouard Tavan, CH-1206 Genève.

lation des années 1985-1986). Les rechutes inévitables sont gérées soit par un autre collègue, soit par un médecin extérieur au service, soit par le patient lui-même.

Quand la désorganisation du sujet est trop grande, nous travaillons avec l'environnement. Notre collaboration avec les services d'assistances, les résidentielles de notre canton, Toulourenc et CRMT, d'autres instances psychiatriques et médicales devient alors déterminante. Les «Crêts», notre centre hospitalier de sevrage, est d'une aide précieuse quand le sevrage ambulatoire est impossible.

L'environnement serait un terme bien creux sans y inclure la famille, le proche, le conjoint, parfois même l'enfant du toxicomane. Si nous recevons fréquemment parents ou conjoints et parfois même si nous travaillons exclusivement avec eux, les thérapies familiales restent relativement rares (10% des traitements pour l'année 1985-1986).

Dépositaires de la permanence téléphonique du service, nous entrons toujours en matière, même si nous aurons à dire non, surtout dans les demandes exclusives de médicaments. Les patients peuvent soit prendre rendez-vous, soit se présenter directement à notre consultation.

Dans les situations de crise, nous essayons de ne pas céder à l'urgence. Notre expérience nous confirme que cette politique est payante comme pré-misse d'une prise en charge et que les patients et leurs familles acceptent étonnamment bien d'inscrire leurs exigences dans le temps, dès qu'ils savent que celles-ci sont reconnues et que nous entrons en matière.

Notre population a changé. Par le passé, la toxicopathie dépendait du service de l'adolescence; ce lien institutionnel avait son sens, puisque pour l'année 1982-1983, les patients de moins de vingt ans représentent encore 26% de la population consultante. Pour l'année 1986-1987, ce pourcentage tombe à 8%. Pour l'instant et pour notre service, la toxicomanie reste majoritairement une pathologie des patients âgés de 20 à 30 ans.

D'où vient la diminution de la population adolescente? Nous pouvons penser à des changements dans les modes de consommation chez les adolescents, par exemple par l'augmentation de la consommation d'alcool, meilleur marché et facilement accessible telle qu'elle est observée dans d'autres pays. Nous avons aussi fait l'hypothèse d'un changement d'attitude des institutions qui s'occupent d'adolescents: elles maintiendraient plus facilement leur population toxicomane dans leurs structures.

C'est en fonction de telles hypothèses que nous animons depuis trois ans un cours sur les addictions, conjointement à la médecine légale. Ce cours est ouvert aux collègues des institutions psycho-sociales, éducatives et judiciaires. C'est une activité préventive destinée à lutter contre les phénomènes de rejet et de désinformation dont les problèmes de toxicomanies sont l'objet.

Comme dans les autres pays occidentaux, le mode de consommation des produits s'est diversifié et complexifié. Par exemple, nous observons une augmentation des toxicomanies médicamenteuses et alcooliques, des polytoxicomanies et de la consommation de cocaïne — ce dernier phénomène reste encore marginal dans notre consultation. Les modes de diffusion de la drogue se sont également diversifiés en fonction, entre autres, des lignes de force entre marché et répression policière: la rue n'est plus le lieu de vente exclusif. Nous pouvons penser que des points de vente au détail se privatisent, se cloisonnent et sont, de ce fait, plus clandestins.

En 1986, nous n'entendions que rarement parler du SIDA par nos patients. C'est un des points majeurs de changement. Cette maladie, sous toutes ses formes, alourdit la problématique du toxicomane. Parfois, le sujet y disparaît dans l'angoisse et les passages à l'acte, parfois cette confrontation directe aux limites de la vie, entraîne des remaniements salutaires vers une diminution, voire une cessation de la toxicomanie.

Paradoxalement, l'arrivée du SIDA relativise notre point de vue sur la question du désir de mort chez nos patients. Certes, la toxicomanie reste prise dans une dimension d'auto-agression, souvent elle gère des désirs de mort venus d'ailleurs (entre autres de l'histoire familiale). Mais ne serait-elle pas surtout un défi à la mort ou plutôt un défi à ce qui est mortifère dans la vie interne et externe du sujet?

Plus simplement, si pour une partie de notre population, la dégradation du corps va de pair avec la toxicomanie, la plupart des patients respectent les règles d'hygiène dans leur utilisation des seringues et craignent le SIDA. Chez les femmes et dans les couples non-séropositifs, cette crainte du SIDA étaye leur désir de maintenir des projets pour le futur, entre autres celui d'avoir des enfants. Le SIDA agit donc comme révélateur de l'impasse toxicomaniaque, mais aussi de la position fondamentale de lutte du sujet contre un risque de disparition de sa vie psychique et contre la mort biologique.

2. Notre représentation du toxicomane

Plus que des changements dans notre population, c'est notre représentation de la position personnelle et sociale du toxicomane qui a évolué. C'est-à-dire, notre manière de ponctuer un certain nombre de faits qui eux n'ont pas changés. J'aimerais en donner trois exemples.

Premier exemple: dans notre cohorte de l'année 1985-1987, 57 % de nos patients travaillent au moment de la première consultation. C'est beaucoup et cohérent avec notre expérience clinique où bien des patients viennent

demander de l'aide pour tenter de garantir leur insertion professionnelle. Cependant, rares sont ceux pour qui cette insertion est satisfaisante. En effet, nos patients occupent des postes non-qualifiés d'employés ou d'ouvriers (67% des patients de l'année 1982-1983). Dans un tel contexte, la finalité sociale d'une demande de soin n'est pas l'intérêt du patient pour son métier, ni même pour son salaire qui est souvent bas et n'est pas concurrentiel avec ce qu'il pourrait gagner en vendant de la drogue. Cette demande de soin est avant tout adaptative: il s'agit de garantir un équilibre dans des relations sociales habituelles, équilibre précaire, mais qui joue comme garde-fou par rapport à l'angoisse d'une déchéance réelle au cas où l'activité professionnelle cesserait.

Deuxième exemple: nous observons dans l'histoire du couple parental une large prédominance de ruptures, séparations, divorces, décès d'un des parents, abandon de la famille par le père (environ dans 58% des cas de notre population de 1982-1983). Dans la même population, 15 patients sur 95 font état d'un frère ou d'une sœur toxicomane. J'évoque ces chiffres pour exemplariser ce qui nous parvient d'une souffrance familiale pas toujours dramatique mais presque toujours présente.

Pourtant, malgré des contextes familiaux apparemment pathogènes, nos patients restent liés à leur famille. Je vous en donne deux indices, l'un indirect, tiré de la population précédente où 45,2% de nos patients dépendent partiellement ou totalement de leur parents pour leurs ressources financières, l'autre direct, tiré de la population de 1985-1986 où 38,6% des patients vivent chez leurs parents au moment de la première consultation.

Nous pourrions enfermer la problématisation du lien à la famille dans la perspective étroite de la relation dépendance-indépendance au père et à la mère. Travailler dans une telle perspective n'est certes pas dénué de fondements — et il m'est arrivé de le faire. Mais un tel travail sert avant tout une meilleure adaptation du patient à son milieu, un meilleur fractionnement du système familial. C'est d'ailleurs ce qui nous est demandé et ce qui peut suffire pour permettre au patient de retrouver un devenir propre.

Mais cela reste bien en-deçà de ce que tant l'approche individuelle que l'approche individuelle que l'approche familiale m'ont enseigné: si, dans un premier temps, les figures parentales sont vécues par le patient sous la métaphore d'une rigidité de statue et sous le couvert de leur incompétence ou de leur méchanceté; dans un deuxième temps, les patients parlent de ce père et de cette mère qui les ont inscrits dans une filiation, en des termes beaucoup plus ambivalents, plus riches et plus différenciés. Cette découverte est rarement heureuse, elle amène souvent plus de souffrance psychique. Mais loin de toutes considérations adaptatives, le sujet y mesure

symboliquement ses liens de filiation et peut à terme mieux lutter contre l'angoisse et la dépression.

Qu'on ne s'y trompe pas, la reconnaissance par un patient d'un lien symbolique complexe à ses parents est aux antipodes de sa pratique toxicomaniaque, je dirais même que cette pratique lui sert plutôt à s'inscrire dans un fantasme d'auto-engendrement, bien loin d'une position d'héritier dont nous sommes tous tributaires à l'égard de nos parents.

Dans le **troisième exemple**, j'aimerais vous parler de la place du toxicomane dans la zone. Certains toxicomanes y sont immergés, d'autres la côtoient occasionnellement, d'autres, enfin, ne la fréquentent presque jamais. En fait, la zone est moins construite à partir de la multiplicité des positions et des pratiques des toxicomanes qu'à partir de phénomènes sociaux complexes qu'il me serait impossible d'aborder ici.

Au cours des dix dernières années s'est constitué un ghetto avec ses règles, ses dangers, ses modalités d'échange, ses exigences, permettant la reproduction et, dans une certaine mesure, l'extension du marché des drogues. Il serait très intéressant de pouvoir mener une enquête sociologique sérieuse sur la zone, sur le mode de celles réalisées aux Etats-Unis dans les milieux mafieux. Ce qui m'intéresse ici, c'est le mode d'insertion du toxicomane dans le marché de la drogue. Je pense que ce marché demande un maximum de conformité de la part de ceux qui le fréquentent. C'est un système de contraintes qui transforme ou plutôt déforme le sujet, probablement de manière aussi efficace que les produits eux-mêmes. En plus, les toxicomanes s'y soumettent au vol et à la prostitution et y courent le risque de poursuites pénales et d'années de prison. Notre fin de siècle aura eu le triste privilège d'inventer un système, au cœur même de la société civile, qui fait passer un sujet par le chat d'une aiguille, il en ressort défiguré par le mensonge, la désillusion, la dépréciation de soi. De cette adaptation-là, je ne pense pas que nous ayons à en tirer grand chose. Le dealer restera notre concurrent le plus irréductible.

Et pourtant, c'est aussi de ces bords-là que les toxicomanes nous arrivent, et c'est bien emmêlés aux déterminations de la zone qu'ils viennent formuler leur demande. Pour un tiers d'entre eux, il s'agira d'une demande de sevrage, pour les autres d'une demande d'écoute, de conseils, de traitement, voire de psychothérapie. Dans les prémisses de notre travail avec eux, il est indéniable que nos patients savent confusément ce que pourrait leur apporter une relation psychothérapeutique ou plus simplement une relation de parole. De là à ce qu'ils puissent l'accepter, il y a toute la distance d'un travail spécifique à faire en fonction des déterminations propres à la sociogenèse dont je parlais plus haut et en fonction des structures de personnalité que nous rencontrons: personnalités borderline, névrotiques ou

psychotiques, toutes fortement marquées par des comportements d'inhibition et d'échec, par l'imaturité affective, la rigidité des systèmes défensifs, l'intensité des projections, la radicalité de leur dépression ou, au contraire, de leur déni maniaque.

Aux deux difficultés précédentes d'une sociogenèse et d'une psychopathologie propre à chaque toxicomane, s'en ajoute une troisième, celle de leur propension à adapter leurs demandes aux attentes et au système de référence supposés du thérapeute. De nouveau, il s'agit d'une tentative défensive de s'adapter à un contexte, thérapeutique celui-là, pour en obtenir une aide à moindre frais.

Qu'ils formulent leurs demandes en des termes aussi précis et adéquats, avec cette facilité, ce charme ou ce sérieux pour lesquels nous leur donnerions le Bon Dieu sans confession, n'est pas qu'une manœuvre pour nous tromper, elle est surtout une manière de se garantir tous les possibles: c'est-à-dire, d'un côté des possibilités de rupture avec le thérapeute, en fonction des satisfactions ou non obtenues chez lui, mais aussi en fonctions des aléas du marché des drogues et des occasions que le toxicomane peut y trouver; d'un autre côté, le patient tente de garantir des issues thérapeutiques et une ouverture vers une relation qui peut être fantasmée comme totalement réparatrice. Le prix à payer pour maintenir l'ensemble des possibles ouverts est énorme, il en résulte parfois une grande confusion intérieure ou une dépression qui peuvent immobiliser le patient face à la multiplicité de ses choix et à la diversité chaotique de ses investissements.

Nous pouvons comprendre que les premières séances sont déterminantes et qu'elles sont des moments très fréquents de rupture quand, soit l'insuffisance de la motivation, soit notre propre incompréhension, ne laissent au patient, comme seul recours, que le retour à ses anciennes habitudes.

J'aimerais donc terminer sur quelques outils que nous avons forgés pour aborder nos patients. Tout d'abord, une remarque: même si le patient part après quelques séances, il n'est pas rare qu'il revienne, notre attitude lors des premières consultations sera ainsi guidée par la conviction qu'il vaut mieux être clair et ne pas faire de compromis pour s'attacher le patient par une surenchère de séduction. Ce qui aura été dit pourra être ainsi repris lors d'une consultation ultérieure.

3. Valeur et fonction du «bon objet», de la relation de triangulation et du tiers

Pour parler de notre premier outil, j'aimerais partir d'un fait clinique singulier. Il s'agit de ce moment perceptible surtout en fin de sevrage où le patient et le thérapeute oublient que le sevrage tire à sa fin et qu'ils vont

se séparer. Même si patient et thérapeute savent bien que rien ou presque ne sera résolu par le sevrage, ils sont tous les deux pris d'un étrange plaisir : tout va bien, tout paraît facile, la dépression suite à la perte du produit et aux réminiscences angoissantes d'une perte d'objet plus ancienne est absente. L'ambiance est au déni maniaque des difficultés du sujet.

Je dois vous avouer m'y être laissé prendre au début de mes rapports avec les toxicomanes, j'ai pu mesurer ainsi la force de leur idéalisation et de leur séduction et la difficulté où nous sommes de prendre place face à eux sans être ni rejetants, ni séducteurs, ni complices.

Comment contourner cette difficulté de l'idéalisation avec ses corollaires, le déni maniaque (tout est possible avec ou sans vous), et le refus du supposé savoir du thérapeute (tout ce que vous pourriez savoir sur moi, je le sais déjà)? Il n'y a pas de recette toute faite, sauf à rester sur le terrain du produit, mais ce n'est pas là notre projet.

Eh bien, nous pensons que c'est du côté du type de relation d'objet qu'il nous faut chercher. Nous avons à tenir la place d'un « bon objet », c'est-à-dire d'un objet qui soigne, sans pour autant devenir persécutoire, envahissant, intrusif — ce que le toxicomane n'a que trop tendance à connaître sinon dans sa famille, du moins dans le milieu.

Un objet qui soigne, par exemple, en permettant au patient de faire concrètement, dans la séance, l'expérience d'une diminution de son angoisse. Un objet qui accueille le corps du toxicomane avec sa souffrance, sans jugement, mais sans complaisance. Un objet qui essaye d'être, pour l'imaginaire du patient, cette figure presque maternelle qui prend sans rapt, ni mutilation, et qui donne sans inféoder l'autre à ses propres besoins, enfin, un objet qui puisse accepter les attaques sans immédiatement les référer à la loi du Talion.

Pour introduire les deuxième et troisième outils, je vous parlerai d'abord d'un fait clinique important et que nous avons pris l'habitude de désigner par le terme de pré-demande : bien des toxicomanes sont accompagnés ou précédés de personnes qui sont impliquées dans la demande à des degrés divers. Pour certaines — et je pense bien entendu aux parents ou aux conjoints non toxicomanes — leur implication est maximale, même si elle est ambiguë. Pour d'autres, il ne s'agit que de médiateurs qui permettent au patient d'arriver jusqu'à nous.

Le toxicomane vient souvent avec une multitude de relations. Dans ce sens, le concept de pré-demande est quelque peu réducteur. Derrière le pré-demandeur et le toxicomane, il y a tous les autres, dont le dealer que nous ne saurions ignorer. Dans les cas les plus lourds et souvent les plus assistés, sont inclus les institutions psychosociales et *a fortiori* nous-mêmes.

Dans de telles situations, j'ai souvent expérimenté que la réduction et la hiérarchisation de ses relations pouvait nous être utile. Il s'agit donc

dans un premier temps de trianguler le patient dans des relations stables et si possible importantes pour lui. Par exemple, une psychothérapie individuelle, un médecin interniste et une institution d'assistance; autre exemple, un résidentiel, un psychiatre de la consultation et un éducateur de rue; dernier exemple, la famille, un travail de consultation et un appui éducatif dans le quotidien du patient.

Triangler le patient, c'est lui donner la possibilité d'ouvrir ses relations vers d'autres de manière plus organisée que dans ses relations sociales habituelles qui sont soit contraignantes, sans issue, soit indifférenciées.

A partir de cette réflexion sur la triangulation, je me suis interrogée sur la fonction du tiers que nous occupons tour à tour dans de telles situations. Idéalement, le tiers occupe la position de celui qui permet au sujet de ne pas se laisser envahir par les autres ou par la multiplicité de ses identifications, c'est aussi celui qui interdit le maintien d'une relation fusionnelle à la mère. Dans la pratique clinique, ce cas de figure est rarement réalisé, le tiers y paraît sous des formes comme le tiers exclu, sur lequel sont projetés les parties mauvaises du sujet ou comme le tiers qui compte pour peu ou pour rien, non pas mauvais mais faible, sur le mode de ces pères de toxicomanes effacés et inconsistants.

Enfin, cet objet tiers connaît des stades intermédiaires dont Mme Evelynne Kestemberg parle dans son article sur le personnage tiers, sa nature et sa fonction. Dans une des définitions qu'elle donne et que je retiens en la paraphrasant, le personnage tiers d'une relation psycho-thérapeutique peut être un objet extérieur important, vital, garant de la continuité psychique du sujet, prémisses d'un objet interne en devenir dans la relation psycho-thérapeutique. Pourtant, cet objet n'est pas reconnu comme différent et distant, il est en quelque sorte le prolongement du psychisme du sujet. Le patient déplace sur cet objet externe la responsabilité de gérer le trop d'excitation et d'angoisse qu'il n'arrive pas à contenir en lui-même.

De la triangulation au personnage tiers, il y a, à mon avis, une continuité d'outils psychodynamiques à utiliser dans nos relations avec les toxicomanes.

4. Conclusion

En conclusion, la question que je posais en exergue de ce texte trouve un début de réponse: nous ne saurions aborder la réalité du toxicomane sans des programmes de soins structurés et différenciés. Le risque est de voir le patient s'y adapter. A nous de trouver des stratégies de soins à contre-courant de ce mouvement adaptatif, stratégies qui permettent à nos

patients de retrouver une certaine marge de liberté dans leur vie personnelle et familiale et donc une certaine individuation de leur vie psychique.

Note

Les données statistiques sont tirées de deux recherches faites dans notre service:

- La première a été conduite par Mme Eliane Prod'hom et Mme Brändla Steinfeld, psychologues, avec l'aide de M. W. Fischer du service de la recherche sociologique des IUPG. Elle porte sur notre population consultante de l'année universitaire 1982-1983 qui s'élève à 95 patients.
- La deuxième a été conduite par M. Claude Hanselmann avec l'aide de M. W. Fischer du service de la recherche sociologique des IUPG. Elle porte sur notre population consultante de l'année universitaire 1985-1986 qui s'élève à 121 patients.

EXPÉRIENCE D'UN ACCUEIL SOCIO-ÉDUCATIF DES TOXICOMANES

*P. Frachebourg**

L'**Accueil Montchoisy** se trouve dans une arcade donnant de plain-pied sur une rue du quartier des Eaux-Vives, à dix minutes du cœur de la ville. L'équipe est composée de cinq personnes: deux éducateurs, une infirmière, une assistante sociale et un psychologue.

L'Accueil proprement dit, que nous appelons aussi permanences, est ouvert quatre heures avec repas possibles à midi, ce qui fait douze heures d'ouverture dans la semaine.

La clientèle est composée en majorité de toxicomanes, plutôt polytoxicomanes, la plupart en phase active, dont la moyenne d'âge est plus proche de 30 ans que de 20 ans. Il y a environ 70% d'hommes pour 30% de femmes.

Bref rappel historique

Le Drop In a été ouvert au milieu des années 1970 un peu dans l'esprit des free clinics américaines. En 1981, suite à des changements institutionnels, se dégage l'idée de mieux différencier la partie consultante de la partie socio-éducative du Drop In, ce qui aboutit à la création de deux ensembles: **Consultation Camoletti** d'un côté, et **Accueil Montchoisy** de l'autre.

Les activités d'accueil proprement dites, ou permanences, sont probablement l'héritage le plus direct de l'ancien Drop In. Preuve en est la persistance de quelques aspects (allant d'un vestiaire, de douches, à une consulta-

* Psychologue, Unité de Toxicopathie, (I.U.P.G.), Villa les Crêts, 1 ch. Edouard Tavan, CH-1206 Genève.

tion juridique et des consultations en médecine somatique), de l'ancien système multi-services inspiré des free clinics américaines.

Nous avons toujours utilisé le terme «accueil informel» pour décrire ces heures d'ouverture. Informel parce qu'ouvert à toute personne, quelle que soit sa demande ou son absence de demande. Informel aussi, parce que pendant longtemps nous avons eu beaucoup de peine à dépasser ce terme, ne serait-ce que pour essayer d'expliquer ce qu'était cet Accueil. Une fois que nous avons dit que l'Accueil était informel, nous avons tout dit.

Puis, par nécessité d'élaborer plus les stratégies d'une équipe socio-éducative, nous nous sommes engagés dans une réflexion sur notre travail. Les questions que nous nous posons, en citant Werner Fischer de l'Unité d'Investigation sociologique qui a largement participé à ce travail de recherche, sont les suivantes :

- Quelles sont les spécificités du travail tant individuel que collectif des membres de l'équipe et de cette dernière en tant que telle ?
- Quels sont les modes de fonctionnement qui organisent les interventions, les prestations ?
- Quels sont les modèles de pensée qui permettent de saisir les faits et problèmes présentés par les clients, de les comprendre, d'en donner un sens et d'en communiquer les particularités significatives à d'autres équipes du champ de la toxicopathie ?

Les objectifs généraux étant dégagés, le départ de notre recherche a été l'accueil proprement dit. Ce choix a été dicté pour deux raisons :

- C'est l'activité commune à l'ensemble de l'équipe puisque nous sommes toujours deux ou trois collègues présents aux permanences.
- Le terme d'informel nous gênait de plus en plus dans la mesure où vivre les événements à chaud et au jour le jour avec la clientèle nous satisfaisait de moins en moins. Nous commençons à formuler l'hypothèse que sous «informel» il y a du «formel», que dans une relation qui n'est pas définie au départ comme thérapeutique, il peut y avoir du thérapeutique. Mais comme la table de lecture n'en était pas donnée, c'était à nous de déchiffrer et d'expliquer le non-dit, en découvrant le code au travers duquel il s'exprime.

En nous centrant donc sur les activités des permanences, dans un premier temps, nous nous sommes efforcés d'établir l'usage que font les clients de l'Accueil, tant sur le plan spatial que temporel. Nous avons essayé

de préciser les rôles que jouent diverses parties des locaux, et la dynamique des mouvements d'arrivées et de départs, et leurs répercussions sur la vie de groupe.

Pour cela, nous avons en juin 1987, et pendant 18 jours, noté l'heure d'arrivée et de départ de chacun des clients venant à la permanence, et en plus chaque jour étaient relevés les déplacements d'un des clients (choisi au hasard) à l'intérieur des locaux de l'Accueil.

Pour ces 18 jours d'observation, nous avons comme données de base :

- 32 clients différents ;
- 109 présences (moyenne 6 environ) ;
- chaque client ayant une présence moyenne d'une heure vingt et effectuant pendant ce temps six déplacements.

Nous n'avons pu mettre en corrélation les déplacements et la composition du groupe qu'il soit grand ou petit, par contre leur observation nous a permis de beaucoup mieux cerner l'usage que font les clients des locaux :

- La table ronde constitue le lieu central de l'Accueil, puisque les trois quarts des arrivées s'y concentrent et qu'elle est le point de départ de la moitié des clients. En plus, elle est très souvent lieu de transition entre les différents déplacements internes, que ce soit pour aller au ping-pong, au salon ou ailleurs. Un axe table ronde/ping-pong est assez marqué, comme si des échanges amorcés à la table ronde se prolongeaient dans des matches.
- Le «salon», lui, peut être considéré comme un espace principalement «clients», lieu privilégié des discussions à 2-3 personnes.

Par l'observation des heures d'arrivée et de départ, du nombre de clients présents, des déplacements internes, s'est progressivement dégagée la constatation que la dynamique des groupes pouvant nous apparaître comme totalement aléatoire, supposait en réalité des normes, des règles, relativement stables dont on peut énumérer quelques-unes :

- Plus le groupe de clients est composé de «fidèles ou habitués» (clients étant venus en tout cas six fois sur les dix-huit jours observés), moins les déplacements à l'intérieur des locaux sont nombreux, ceux-ci étant surtout le fait des clients occasionnels.

Mais cette opposition, clients «fidèles et occasionnels», permet de constater qu'un nombre important de clients «occasionnels» a pour répercussion une durée de présence des clients «fidèles» nettement plus longue. On peut le comprendre comme la nécessité pour les clients habituels de

marquer en quelque sorte qu'ils se sont appropriés le territoire, de contrôler et d'initier les nouveaux aux règles du jeu, et de s'installer dans une hiérarchie liée à leur ancienneté.

- Les modes de départs qu'ils se passent en commun (tout le monde part en même temps), en vagues successives, ou isolés, sont beaucoup plus liés au type de fonctionnement du groupe auparavant (plus ou moins intégré), qu'au nombre de clients le composant. Ainsi, plus le groupe est composé de «fidèles» se déplaçant peu ou surtout entre la table ronde et le ping-pong, plus le départ en commun est probable.
- Pour les arrivées, ce sont les arrivées échelonnées dans le temps, permettant une intégration individualisée dans le groupe et sa formation progressive, qui donnent lieu aux groupes les plus stables. Les arrivées par petits groupes ayant tendance à se traduire par des départs en vagues successives ou départs isolés.

La répartition des groupes en fonction du sexe est également un bon indicateur de la stabilité du groupe. La répartition trois quarts d'hommes, un quart de femmes (on retrouve les chiffres de l'Office fédéral de la santé), semble être la composition idéale favorisant une bonne intégration du groupe. Quand les femmes sont sur-représentées (environ 40%), on assiste à beaucoup plus de départs isolés, les hommes ne restent qu'un temps nettement plus bref. Au contraire, quand elles sont sous-représentées (environ 15%), les hommes restent nettement plus longtemps.

Donc, ces résultats montrent que la dynamique des permanences, allant de la stabilité à un fonctionnement cahotique, n'est pas que déterminée, comme nous avons eu tendance à le penser, par des problématiques individuelles ou par le hasard. Des facteurs tels que rapport du nombre de clients habituels et occasionnels, proportion entre hommes et femmes, manière d'arriver échelonnée dans le temps ou en groupe, etc., interviennent également dans cette dynamique.

Après cette première phase de recherche où les membres de l'équipe n'étaient que des outils d'observation, nous sommes passés à une deuxième phase de recherche centrée cette fois nettement plus sur les interactions entre clients et thérapeutes, donc sur une dynamique relationnelle.

Pour ce faire, nous avons repris la même méthode d'observation directe, journalière, portant sur douze jours au mois de décembre 1987. Mais les variables à observer portaient cette fois essentiellement sur le type de sollicitations, tant de la part des clients que des thérapeutes, et les réponses données par ces deux groupes. En fonction du vécu de l'Accueil, les sollicitations ont été divisées en deux grandes catégories:

- Les sollicitations à contenu matériel avec, comme rubriques entre autres, ping-pong, alimentation (repas du jeudi particulièrement), hygiène corporelle (douches), soins infirmiers (bobos, pansements), informations pratiques (numéros de téléphone, quel bus prendre), etc.

Le deuxième groupe est constitué par les sollicitations à contenu d'échange verbal plus précisément :

- Demandes d'écoutes ou d'échange (tel client nous raconte ses derniers démêlés avec la police par exemple) ou demandes d'entretiens (un client demandera un entretien particulier à tel thérapeute).

Comme données de base sur les 12 jours observés, nous avons :

- 22 personnes différentes;
- 66 présences sur ces 12 jours avec une moyenne de 5^{1/2} par permanence.

On relève, sans vraiment pouvoir l'expliquer, que tant en juin (moyenne 6) qu'en décembre (moyenne 5,5), nous étions nettement en-dessous de la moyenne annuelle de 1987 de 8 personnes par permanence.

En détaillant la catégorie «sollicitations», on trouve sur 12 jours :

- 130 sollicitations de la part des clients, et
- 24 de la part des thérapeutes,

donc un rapport supérieur à 5 pour 1. Ce rapport indiquerait bien que les termes clients/thérapeutes utilisés correspondent bien si ce n'est à la représentation que les deux groupes peuvent se faire l'un de l'autre («vous ne foutez rien pour nous» pour les clients, «vous nous saturez par le spectacle de votre mal de vivre» pour les thérapeutes), en tout cas à une réalité du juste rapport établi entre ces deux groupes à l'intérieur du lieu géographique.

Pour les deux grandes catégories de sollicitations, soit à contenu matériel, soit à contenu d'échanges, on trouve des taux d'utilisation sensiblement proches tant de la part des clients que des thérapeutes, avec une légère tendance pour ceux-ci à plus solliciter l'échange (38 % contre 30 %).

On trouve également, si on étudie les réponses données des taux d'utilisation sensiblement proches dans les deux groupes, la réponse «oui» «ok» venant très largement en tête.

Tant le rapport 5 à 1, que les taux de diverses sollicitations et réponses sensiblement égaux, montreraient donc que, si la relation entre les deux groupes est nettement orientée dans un sens sur un plan quantitatif, sur un plan qualitatif, il y a une certaine homogénéité.

Si on classe les sollicitations des clients par ordre de fréquence, on trouve nettement en tête les demandes d'échanges-écoute (27%), suivies du ping-pong (24%), les autres rubriques ne suivant qu'à 12% ou moins.

Une parenthèse sur le ping-pong: on ne peut le considérer que comme un jeu ou un sport. Mais on peut aussi y voir une relation non verbale ce qui, dans la situation des permanences, est confirmé par deux observations:

- statistiquement, la rubrique ping-pong vient immédiatement derrière la rubrique échanges/écoute pour les clients, alors que chez les thérapeutes, elle ne vient qu'en cinquième position.

Sur un plan plus clinique, souvent un moment d'échange ou d'entretien, où le client se révèle ou livre quelque chose de lui-même, se termine par une proposition d'échanger des balles. Ce qu'on peut comprendre comme une manière de maintenir la relation sans le danger des mots pour certains, de rétablir une certaine égalité dans le dialogue pour d'autres, ou encore de permettre de relativiser la brutalité de l'arrêt de l'entretien.

En reprenant les sollicitations et en les classant en quatre groupes:

1. ping-pong;
2. sollicitations ayant le corps pour objet (hygiène corporelle, soins infirmiers, alimentation);
3. sollicitations de groupe (renseignements, fumée, musique);
4. sollicitations à contenu d'échange verbal.

On peut distinguer, chez les clients, des groupes relativement spécifiques allant de clients n'utilisant qu'un type de sollicitations à des groupes utilisant deux à trois catégories de sollicitations, en général à l'exclusion presque totale des autres.

Seuls quatre clients sur vingt-deux utilisent les quatre groupes.

Mais il est tout aussi intéressant de constater que les sollicitations ne s'adressent pas indifféremment aux divers thérapeutes, et que, pour eux aussi, il y a certaines spécificités allant du thérapeute sollicité dans toutes les catégories de sollicitations, au thérapeute sollicité que dans la moitié de celles-ci. Le profil que les thérapeutes présentent aux yeux des clients se marque nettement, chacun ayant trois domaines (sur neuf) où il est clairement plus sollicité, ce qui revient à dire que tel client s'adressera de préférence à tel thérapeute pour une partie de ping-pong, mais à un autre pour une demande de soins corporels, et encore à un troisième pour un échange verbal.

En outre, deux thérapeutes sont nettement plus sollicités que les autres (dans un rapport du simple au double), ce qui amène quelques réflexions sur la dynamique globale de permanences. On pourrait un peu la comparer à une dynamique familiale où les clients sont les enfants et les thérapeutes les parents. Preuve en est un ensemble de signes: géographiques d'abord où, comme dans un appartement, il y a des lieux communautaires réservés au groupe et des lieux quasi privés où on ne va que par accord réciproque. De nombre: un petit nombre favorise les relations parents-enfants alors qu'un grand nombre développe les relations entre collatéraux. De rôle social: où ce sont les deux thérapeutes, un homme et une femme, les plus âgés, et qui ont donc une image parentale, par rapport à cette clientèle relativement âgée, plus marquée, qui sont nettement le plus sollicités. Et/ou, comme dans beaucoup de familles, en retour c'est la femme qui sollicite beaucoup plus les clients que l'homme. Et pour finir tout simplement par les mots où il arrive que l'un ou l'autre des clients, en plaisantant, parle de «petite maman» ou «bonjour papa».

En analysant un peu plus le rapport sollicitations et clients, on constate que trois personnes sur quatre sollicitent une ou plusieurs fois lors d'une permanence. En reprenant la distinction clients habituels et occasionnels, contrairement à ce qu'on aurait pu attendre, ce sont nettement les clients occasionnels qui nous sollicitent le moins ou pas du tout (alors que comme nous l'avons vu, ils auraient tendance à se déplacer le plus à l'intérieur des locaux). Ce qui irait dans le sens, d'abord faire connaissance des lieux, avant de faire connaissance des gens.

En classant les solliciteurs en trois groupes:

- faibles solliciteurs (pas plus d'une demande en 2 heures);
- moyens solliciteurs (de 1 à $2^{1/2}$ demandes);
- et forts solliciteurs (au dessus de $2^{1/2}$),

on peut faire plusieurs remarques.

Les faibles solliciteurs se signalent surtout par des demandes concernant le corps. Les moyens sont caractérisés avant tout par des demandes d'échange verbal. Et les forts solliciteurs par le ping-pong et les sollicitations de groupe.

En étudiant l'échelonnement dans le temps d'une permanence des sollicitations faites, on remarque que le groupe des faibles solliciteurs émet quelques-unes de ces demandes surtout au début de la permanence, et qu'à l'autre extrême le groupe des forts solliciteurs se répartit dans tout le temps de la permanence et est seul à encore solliciter sur la dernière demi-heure d'ouverture. L'étalement des sollicitations dans le temps semble donc bien

indiquer le degré de familiarité des clients avec les thérapeutes et le fonctionnement général des permanences.

Dans le même sens (degré de familiarité), on relève que, quand le groupe des clients est de cinq membres ou plus, presque toutes les sollicitations sont le fait du groupe des forts sollicitateurs. A noter en parallèle que les sollicitations sont d'autant plus nombreuses que le groupe est restreint (une à quatre personnes), la grandeur du groupe ayant tendance à développer plus les échanges entre clients qu'avec les thérapeutes.

A relever l'exception d'une cliente, Yvonne, qui sollicite d'autant plus les thérapeutes qu'il y a de monde, ce qui confirme d'une manière chiffrée sa position particulière dans l'Accueil où elle essaie d'avoir une relation privilégiée avec les thérapeutes, relation pour elle d'autant plus menacée qu'il y a de monde, ce qui n'est pas sans entraîner des réactions de rejet des autres clients à son égard.

Pour terminer sur ces deux temps de recherche (juin 1987 et décembre 1987), on remarque que onze clients sur quarante-trois ont fait partie des deux groupes observés. Et même si les observations n'ont pas porté sur les mêmes variables, on peut remarquer que, malgré un changement de personnes relativement important à l'intérieur des deux groupes, la dynamique du fonctionnement des permanences, d'aléatoire qu'elle pouvait apparaître, a répondu à un certain nombre de règles, normes implicites qu'on retrouve avec une constance remarquable. L'hypothèse que le noyau de clients fidèles est un facteur de transmission implicite de ces normes et règles est très probable, sans évidemment négliger le facteur constitué par le groupe des thérapeutes et celui des interactions entre clients et thérapeutes, de toute évidence surdéterminé et par les lois du groupe et par l'histoire personnelle des différentes personnes représentées.

Pour terminer, et comme illustration plus individualisée du parcours d'une cliente à l'intérieur de l'Accueil, et des réactions, thérapeutiques ou non, de l'Equipe face à l'agir de celle-ci, quelques mots sur l'histoire de Nadine.

Nadine, cliente relativement régulière des permanences depuis plus d'une année, en dehors des hauts et bas liés à sa consommation de toxiques, s'est toujours distinguée et par un rapport à la règle, à la loi, difficile, et par un rapport aux autres agressif voire violent.

Suite à une série de plus en plus rapprochée de conflits violents avec agression physique avec une autre femme usagère de l'Accueil (comme par hasard Yvonne), conflits devant lesquels nous nous sentions de plus en plus impuissants à faire respecter une des règles minimales de l'Accueil: pas de violence, nous avons décidé de fermer l'Accueil un jeudi, jour de repas, et d'informer les clients, et Nadine en particulier, que nous avions besoin de discuter et réfléchir de l'Accueil et des événements qui s'y passaient.

Prestations offertes:

- Accueil avec consultations ouvertes:
 - Accueil «informel»
 - Evaluations, consultations, informations individuelles et pour l'entourage
 - Consultations juridiques et de médecine interne
 - Dynamique de groupe
 - Repas hebdomadaire
 - Soins infirmiers, massages
- Prises en charge individuelles et familiales
- Accompagnement psycho-social dans le milieu naturel
- «Hôpital de Jour» ambulatoire
- Travail de réseau
- Travail de rue
- Collaboration active avec des structures de réinsertion socio-professionnelle (du type réalisé)
- Prestations de formation (cours sur les addictions, séminaire sur les réseaux)
- Appuis - Supervisions auprès d'autres professionnels (réguliers ou ponctuels)
- Formation de stagiaires (stages d'information ou à long terme)
- Recherche en cours en vue d'une élaboration de la pratique d'une équipe socio-éducative

Horaire des heures d'accueil:

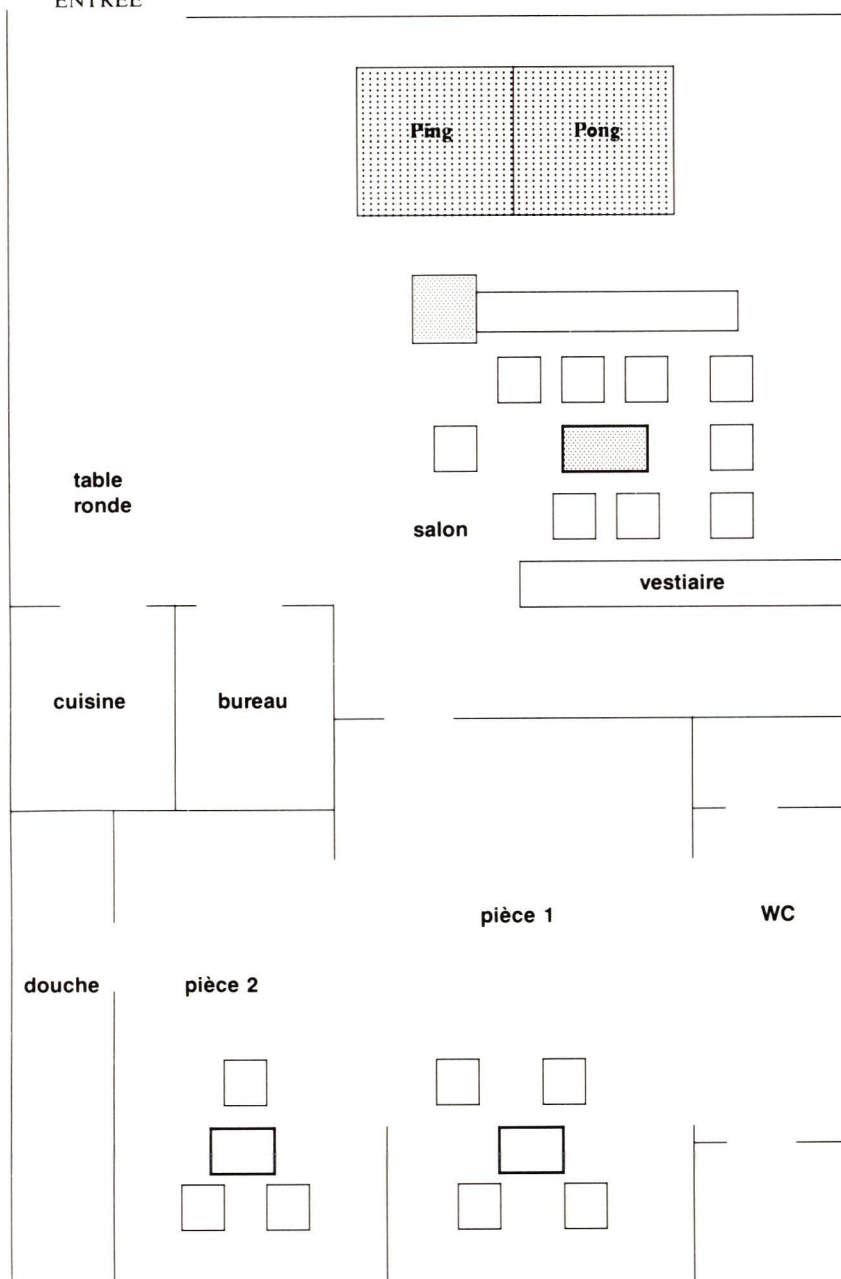
- | | | |
|----------------------------|----------|------------|
| — Lundi - Mardi - Mercredi | 10 h. | - 12 h. |
| — Mercredi | 16 h. 30 | - 18 h. 30 |
| — Jeudi | 10 h. | - 14 h. |

Auparavant, nous avions déjà écarté la solution d'exclure, plus ou moins temporairement Nadine de l'Accueil, parce que cela nous paraissait être trop évidemment la réponse qu'elle attendait de nous. En plus, honnêtement, nous n'étions pas tout à fait sûrs d'avoir les moyens de faire respecter cette décision (et donc par là d'entrer dans une escalade par ailleurs déjà bien entamée).

Le lendemain de cette journée de réflexion, riche par deux aspects:

- Régler entre nous les réactions que cette violence provoquait et particulièrement un sentiment que certains avaient d'être plus porteurs de la loi et donc d'être envoyés au casse-pipe par les collègues.

Puis ceci réglé:



- discuter de l'agir et du contre-agir thérapeutique par rapport tant à un individu qu'à un groupe,

nous avons convenu que, si Nadine en faisait la demande, nous lui ferions un compte rendu de nos réflexions.

Le lendemain, Nadine vient et ne se fait remarquer en rien. Sans l'ignorer, nous ne faisons état de rien de particulier.

Dans les jours qui suivent, Nadine nous fait une remarque qui ne nous a pas paru sans signification: «Au fond, pour avoir fermé et discuté de moi, pendant un jour, c'est que vous devez quand même bien m'aimer.»

Depuis lors, il est évident que ce n'est pas le paradis permanent dans nos relations avec Nadine, mais nous avons le sentiment, devant cette explosivité tous azimuts qui la caractérisait, d'avoir mis en place dans notre relation un moment possible où désamorcer l'engin avant qu'il n'explose.

STUPÉFIANT(S): LE JURIDIQUE ET SES VARIATIONS

C.N. Robert*

Rentrez dans vos greniers, médicales punaises, et toi aussi, Monsieur le législateur Moutonnier, ce n'est pas par amour des hommes que tu déliras, c'est par tradition d'imbécillité. Ton ignorance de ce que c'est qu'un homme n'a d'égale que la sottise à le limiter. Je te souhaite que ta loi retombe sur ton père, ta mère, ta femme, tes enfants, et toute la postérité. Et maintenant avale ta loi.

A. Arthaud:

Lettre à Monsieur le Législateur de la loi sur les stupéfiants
1^{er} janvier 1925.

I. Le droit est un état

Par définition et par essence, droit et normes sont des références auxquelles se mesurent faits sociaux et faits individuels. Aussi le discours juridique est-il pour l'essentiel centré sur l'état d'une question référée à l'étalon normatif adéquat.

Le juriste mesure, corrige, rétablit, à l'aune de son instrument de travail, des situations qui lui sont référées. Et seule la stabilité et la sécurité du droit lui confèrent la possibilité de l'exercice, constant et sans risque, du pouvoir.

Rien n'est donc plus inquiétant pour le juriste que la remise en question de l'état de droit, «artifice astucieux» selon Max Frisch, et fondement de l'assujettissement de la vie de l'Etat au droit, selon le positivisme étatique. Ce que l'on a appelé le «fétichisme de la loi» domine manifestement la production juridique discursive, à tel point que rares sont ceux qui se hasar-

* Professeur, Faculté de Droit, 24, rue Général Dufour, CH-1211 Genève 4.

dent à penser le droit autrement que comme un état imminent, permanent, en quelque sorte un invariant socio-politique bien peu susceptible de critique et dont l'étude historique ne pourrait apporter, au pire, que des informations déstabilisantes, déroutantes, aussi bien pour la société en général que pour le juriste en particulier.

La saisie, par le droit, de l'usage et de l'abus de substances naturelles et/ou synthétiques, relève exactement d'une problématique où l'on a su, à dessein, et aussi parfaitement que possible, effacer l'histoire, le passé, pour exclure le changement et saisir le présent dans des contradictions inéluctables. Or «la drogue est le monde de l'ambiguïté sans frontière définie, d'où le cartésianisme semble à jamais banni» (Rapport Pelletier, 1978), et où l'occupation du droit, tentée très récemment, soit dès les années 1970, nous démontre depuis lors l'insigne faiblesse de ces possibilités d'engineering social en la matière.

Les maîtres-mots de la juridicisation de l'utilisation des drogues, tel que le contrôle, l'interdiction et la répression, nous ont conduits à des échecs cuisants, qu'il eût été facile de prévoir et d'éviter, si l'histoire n'avait été pareillement oubliée.

C'est aux fins de rendre possible une réflexion sur les solutions différentes que j'insisterai donc sur les modifications du droit dans le temps, tout en soulignant certaines données idéologiques qui ont déterminé les variations du juridique dans le domaine des stupéfiants.

II. Regard rétrospectif

L'histoire de l'opium nous permet de traquer, dès le début du débat politique et social sur son utilisation et son abus, les grands thèmes qui ne cesseront de poursuivre cette triade diabolique que constituent ordre international, droit interne et drogue.

D'abord utilisé à des fins médicales dans tout l'Orient, l'opium ne se fume qu'à partir de l'extension du tabac, dès sa découverte en Amérique (XVI^e siècle). Intensément cultivé aux Indes, l'opium à fumer est introduit en Chine dès le début du XVIII^e siècle, principalement par les Anglais qui trouvent un immense profit à importer en Chine le produit de leurs colonies, tout en exportant ensuite leur indispensable thé. D'autres coloniaux s'adonnent également à ce commerce lucratif, bien que ce soit principalement l'East India Company qui se soit rendue célèbre dans ce sinistre commerce. A cette époque (début du XIX^e siècle), «l'opium est un outil économique de première importance; nombre de gouvernements et d'empires (...) en tireront jusqu'à 50% de leurs revenus» (J. Glorie, 1983). L'opium arrive en Chine, le thé en repart par centaines de tonnes: il s'agit en fait

d'un simple échange permettant aux Anglais d'écouler avec grand profit les productions indiennes. L'invasion de l'opium en Chine va provoquer une longue série d'édits impériaux proscrivant l'opium, ceci entre 1729 et 1839: leur nombre (au moins 45 selon certains auteurs) en dit long sur l'inefficacité de telles interdictions. La corruption des fonctionnaires chargés du contrôle des marchandises à l'entrée des ports de l'Empire est à son paroxysme et les estimations d'usagers d'opium oscillent entre 1 et 3% de la population (soit entre 4 et 12 mio de personnes).

Débute alors, parmi les lettrés et à la Cour impériale, le débat préfigurant tout ce qui se dira dès lors en matière de politique sanitaire, sociale et criminelle. Tenants et adversaires de la législation exposent en termes clairs les avantages et les inconvénients de ces deux attitudes: en 1838, Lin-Tsé-Hsu l'emporte et plaide avec succès la prohibition de l'opium. Nuancé dans ses opinions, Lin-Tsé-Hsu ne préconise la peine de mort que sous la forme d'un sursis, prévoit des traitements dégressifs pour les opiomanes et dénonce surtout les militaires et les fonctionnaires comme classes particulièrement touchées par le fléau de l'opium.

L'affrontement ne se fait guère attendre entre importateurs anglais et chinois: Lin écrit à la reine Victoria une lettre contenant des menaces on ne peut plus explicites: «Tout l'opium qui est découvert en Chine est jeté dans l'huile bouillante et détruit. Tout bateau étranger qui, à l'avenir, viendra avec de l'opium à son bord sera mis à feu et tous les autres biens qu'il transportera seront inévitablement brûlés en même temps» (J. Chesneaux et J. Bastide, 1969).

On ne sait si la lettre parvint à la reine Victoria, mais son royaume n'était pas à l'abri de l'opium, d'une utilisation d'abord médicalisée, puis ayant largement explosé dans les milieux les plus divers, comme en témoignent les écrits de Thomas de Quincey (Th. de Quincey, 1964).

Aussi certains sujets de la reine semblent s'inquiéter d'un commerce fructueux, mais honteux, qui empoisonne la Chine et fait également des ravages en Angleterre. C'est dans ce climat qu'éclate la première guerre de l'opium: en mars 1838, Lin-Tsé-Hsu fait brûler vingt mille caisses d'opium à Canton; peu après, un incident entre marins provoque la mort d'un Chinois; finalement les Anglais tentent de forcer un blocus portuaire: la guerre est déclarée et tourne rapidement à l'avantage des Anglais, plus forts, mieux organisés et invincibles sur mer. Pendant ce temps, l'opinion anglaise, défavorable au trafic, se fait plus insinuante.

Le Traité de Nankin (1842) marque la victoire anglaise mais consacre deux éléments capitaux, sur lesquels il faudra revenir:

- a) La Chine, vaincue, était incapable de lutter contre un trafic bien orga-

nisé, fructueux, corrupteur. Elle tombait sous le coup de ce que J. Glorie appelle justement «l'impérialisme commerçant».

- b) La Chine ne pouvait strictement rien faire, car il est impossible pour un pays de «s'opposer à une drogue sans jouir d'une souveraineté complète et du pouvoir d'exercer sur les citoyens une pression extrême» (J. Glorie, 1983).

Les importations d'opium redoublent et certains estiment que la population touchée atteint, à la fin du XIX^e siècle, 5 à 20% de la population, soit de 25 à 100 mio d'opiomanes. Parallèlement, l'opium est maintenant produit en Chine, devient imposable et donc ressource fiscale importante.

Le début du XX^e siècle, marqué en Chine de réformisme, conduit à une réémergence d'un rejet culturel à l'égard de l'opium, tandis que la mauvaise conscience des Anglais croît à l'égard d'un trafic toujours dénoncé et d'ailleurs en perte d'intérêt.

Un décret impérial du 21 novembre 1906 consacre une nouvelle tentative d'interdire l'opium en Chine. Mais le paysage politique institutionnel est alors totalement bouleversé par le réformisme qui touche l'armée, les appareils d'Etat, l'enseignement et l'ordre constitutionnel. Ce décret doit être placé dans le contexte d'une modernisation de la Chine: la suppression graduelle de la production, de l'importation et de la consommation de l'opium sur dix ans.

Deux ans plus tard, les Anglais se joignent aux efforts chinois dans la lutte contre l'opium: après le trafic international, l'Angleterre essaye de mener le contrôle international de l'opium; elle n'y parviendra pas et devra céder ce rôle de leader aux Etats-Unis. Quant à la Chine, elle sera lentement débarrassée de l'opium pour être mieux envahie par la morphine, moins chère, mais commerce à nouveau conduit principalement par l'Angleterre.

Pour compléter l'histoire politique de l'opium, disons quelques mots de son histoire pharmacologique. Le XIX^e siècle européen découvre et isole progressivement les différents alcaloïdes composant l'opium brut: codéine, puis surtout morphine, sont plus ou moins parfaitement décrites dans la première moitié de ce siècle. C'est ensuite l'invention de la seringue hypodermique par Ch.G. Pravaz qui contribue à répandre et populariser l'usage de la morphine (1875-1900), puis celui de l'héroïne (dès 1898).

C'est enfin en 1912 que s'est réunie à La Haye la première convention internationale sur l'opium, initiant le début des mesures de contrôle et d'interdiction de l'opium sur le plan international.

Progressivement, la plupart des Etats du monde vont ensuite ratifier les instruments internationaux successifs, fortement dominés par une politique de prohibition totale des produits narcotiques, stupéfiants et halluci-

nogènes, ce qui entraîne, pour la première fois dans l'histoire, une problématisation universelle et sociale de l'auto-intoxication volontaire. Jusquelà, «la toxicomanie n'existait pas en tant que phénomène social ou tout au moins n'était pas perçue comme telle» (A. de Lyedekerke, 1984): le «fléau social» prend corps dans l'interdiction juridique de l'usage des stupéfiants, interdiction considérée comme la panacée en politique criminelle et sanitaire.

III. Fatalité et émergence d'un contrôle

Cette histoire nous conduit à présenter très schématiquement l'évolution d'un produit naturel, de son utilisation à son abus, en passant par sa subite criminalisation.

- A. Toutes les civilisations ont connu ou connaissent un ou plusieurs produits naturels nécessitant ou non des opérations de transformation, destinés à modifier des perceptions ou altérer le comportement humain, aider l'homme à affronter des situations physiques ou psychiques difficiles. Un simple tour d'horizon anthropologique le démontre sans exception. On peut convenir, qu'à ce stade, il s'agit souvent d'une consommation culturelle et cultuelle, intégrée, faisant l'objet d'une socialisation parfaitement convenue et plus ou moins bien contrôlée (cannabis en Afrique du Nord, opium en Orient, feuilles de coca en Amérique centrale, champignons hallucinogènes en Amérique centrale et en Sibérie, vin et tabac en Occident, etc.).
- B. Dans une deuxième étape, ces substances font l'objet d'une appropriation par certains spécialistes de la santé, tels que guérisseurs, sorciers et autres charlatans. Le cercle des utilisateurs et des occasions des dits produits éclate avec d'autant plus d'effet que la maîtrise scientifique des indications et les effets de ces produits sont imprécis et les prescriptions non contrôlées. Un usage prato-médical s'installe pour déborder des cadres initiaux, voire initiatiques, dans lesquels le produit restait limité.
- C. Puis le produit est saisi par le progrès scientifique. Il peut être purifié, concentré; un réseau licite s'organise, ce qui en abaisse considérablement le prix. Parallèlement, ses indications médicales se font plus précises. Des événements sociaux consacrent son utilité médicale et thérapeutique (pour la morphine, les guerres de Sécession aux Etats-Unis et

de 1870 en Europe, ont été déterminantes pour l'affirmation de l'utilité de la morphine contre la douleur physique).

Dès lors, le produit n'appartient plus à la culture populaire, qui en est par là même dépossédée. Ce sont des «spécialistes» de différentes disciplines qui déterminent le contrôle qu'ils entendent exercer sur l'utilisation d'un produit, d'une substance déterminée. L'usage thérapeutique étant précisé, il ne saurait y avoir de tolérance hors de celui-ci, et étroitement contrôlé par lesdits spécialistes.

«Tous les stupéfiants ont été médicalisés à un moment ou à un autre de leur histoire» (J. Glorie, 1983). Pour ne prendre que quelques exemples, la feuille de coca, le cannabis, le café, le thé et le tabac ont passé par ce recensement dans la pharmacopée classique.

- D. C'est alors qu'intervient subitement l'interdiction, étroitement liée au contrôle, et métaphore de la prohibition. La criminalisation de l'usage d'un produit n'apparaît qu'après consécration thérapeutique, et comme garant d'une utilisation et d'une dispensation réservées à certains spécialistes. C'est ainsi que le juridique apparaît comme se greffant sur le médical et, ce qui est particulièrement intéressant, dépourvu lui-même d'autonomie. Le droit n'est pas habilité à décréter seul une politique de prohibition: il seconde d'autres sciences, particulièrement performantes quant à l'affirmation de l'utilité sociale, sanitaire et thérapeutique d'une substance. D'où d'ailleurs, et c'est le lieu de le relever, un discours médical capital en matière de prohibition, mais également un discours tendu, sans cesse ambigu et oscillant entre la médicalisation d'une substance au nom de son utilité sociale et sa prohibition, sous prétexte de sa dangerosité sanitaire.

Ainsi discours et pratique médicale apparaissent tout à la fois comme responsables d'une considérable amplification de l'usage et de l'abus de drogues, sous prétexte thérapeutique, mais aussi fortement producteur d'une idéologie consensuelle anti-drogue, en en dénonçant avec compétence les méfaits.

- E. La dernière étape relève d'une dérive, d'un chaos: le produit naturel ou plus ou moins grossièrement traité a envahi des marchés entiers. Le contrôle et l'interdiction ont été débordés, violés, et il est devenu impossible de tenir un quelconque discours étayant des politiques traditionnelles, toutes empreintes du modèle prohibitionniste.

IV. Permanence des problématiques

L'histoire de l'opium est exemplaire: en cent ans, elle nous dévoile l'ensemble des débats et des problèmes auxquels nous sommes aujourd'hui encore confrontés, face aux substances extraites de produits naturels, déclarés illicites et dominant la scène des drogues (cannabis, cocaïne, héroïne).

- a) Il est tout d'abord frappant de constater que la Chine était confrontée à une **importation massive** d'opium, à la fois **internationale** car impliquant plusieurs pays producteurs et importateurs, et aux **implications économiques** profondes. Seule contre les puissances coloniales, la Chine ne pouvait mettre un terme à ce commerce fructueux par la faiblesse inévitable des contrôles aux frontières de son empire, mais aussi par sa faiblesse politico-économique, face à ceux-là mêmes qui, important l'opium, lui achetaient de nombreuses épices, de la soie, des porcelaines et du thé. Compromise entre sa volonté impériale d'isolationnisme, de distanciation à l'égard de l'Occident et les nécessités de sa politique commerciale l'obligeant à entretenir une florissante activité portuaire d'exportation de ses propres produits, la Chine préfigure, en quelque sorte, la position bien inconfortable de nombreux Etats occidentaux, luttant vainement aujourd'hui contre la pénétration, à travers leurs frontières, de drogues illicites. Quant aux hypothèses de nature politico-commerciale, il ne faut point les sous-estimer: il y a entre les déclarations fracassantes de certains hommes d'Etat à l'encontre des producteurs de drogues illégales et leur action politique concrète, plus ou moins reconnue, d'étranges contradictions (Amérique centrale, Asie du sud-est, etc.).
- b) Sur le plan intérieur, la Chine fut en quelques décennies très profondément contaminée par l'opium, au point que l'usage en était devenu courant. C'est aussi ce que nous pouvons constater aujourd'hui dans de nombreux pays occidentaux pour l'ensemble des drogues illicites; or la réponse législative, d'abord hésitante en Chine, fut la **prohibition** de l'usage de l'opium, prohibition renouvelée à de très nombreuses reprises, ce qui prouve son inefficacité, jusqu'à son relatif succès, mais s'inscrivant alors dans le cadre de réformes politiques et sociales profondes, dès la révolution de 1911. Les conventions internationales, dès 1912, recommandent d'abord des mesures de contrôles, mais iront jusqu'à adopter une politique claire de prohibition de la production à la consommation, avec une adhésion de la quasi-totalité des Etats, et le succès que l'on sait...

Le débat de politique législative est à son apogée en Chine, en 1838; libéraux et répressifs s'affrontent à l'aide d'arguments théoriques et pragmatiques sérieux: que doit-on faire face à l'opium? Mais surtout: que peut-on faire face à l'intoxication volontaire? La législation est alors sérieusement envisagée, elle restera le contre-type de la prohibition jusqu'à nos jours (M.A. Bertrand, 1988). Nous n'avons, depuis quelques décennies, que répété ce débat divisant les lettrés et conseillers de l'Empire au début du XIX^e siècle, tout en accumulant pourtant les expériences bien peu convaincantes de la prohibition.

Nous avons déjà signalé que la Chine avait assez largement utilisé contre l'opium l'**argument xénophobe**, consistant à stigmatiser ce qui, en l'espèce, provenait de l'Occident, en tentant de rejeter, comme préjudiciable à la Chine, l'opium indien importé par les Anglais. Depuis lors, ce type de dialectique va se révéler permanent dans les débats relatifs aux drogues. Cette observation mérite, elle aussi, quelques réflexions.

Dès le début du XX^e siècle, les Etats-Unis, luttant contre l'opium, vont l'assimiler aux Chinois, comme pour mieux rejeter la drogue en l'intégrant globalement aux habitudes de vie chinoises. «Si le Chinois ne peut se passer de sa drogue, nous pouvons par contre nous passer de lui» (D. Musto, 1973). Quand il faudra lutter, avec les convictions d'un entrepreneur moral, contre la marijuana, c'est les minorités de jeunes noirs et chicanos qui seront utilisées comme référence hétérophobique (A. Memmi, 1982), afin d'obtenir l'effet de rejet attendu par la campagne intensive menée dès 1935 contre la marijuana, aux Etats-Unis, J. Glorie résume bien le caractère performant, idéologiquement, de tels amalgames: «La problématisation sociale de la drogue est parvenue à former un consensus, en assimilant la drogue à des populations dont le contrôle était problématique dans la société américaine de 1900» (J. Glorie, 1983). La remarque a, en l'espèce, valeur de postulat, et il est évident, pour de nombreux analystes, que le langage politique anti-drogue des années 1970 fit un large usage de la référence à des catégories sociales profondément disqualifiées, telles que «casseurs», puis «rockers» (Zafirooulos et Pinell, 1982), pour finalement conduire à l'effet regrettable d'un racisme anti-jeune, exempt de toute nuance. Ce qui conduit Zafirooulos et Pinell à écrire cette remarque pertinente, à méditer: «L'inscription d'un produit dans la catégorie des drogues dangereuses dont l'usage est illicite traduit bien plus un rapport de force social qu'une quelconque vérité scientifique, rapport de force qui oppose groupe des consommateurs à ceux qui tentent de les disqualifier.» La toxicité d'un produit apparaît donc bien ainsi comme une fausse question, largement supplantée par des mécanismes combien plus opérants dans le champ social et qui ont fait leurs preuves de la Chine du XIX^e siècle à l'Europe occidentale des années 1970.

V. Recherche d'un «statu quo ante bellum»

Un tel aperçu, aussi bref soit-il, met en évidence les difficultés qu'il conviendrait d'aplanir pour se retrouver face à une situation sociale non hypothéquée par les méfaits d'une politique de prohibition. C'est en effet seulement après une analyse historique que l'on mesure les fondements et les conséquences des décisions de criminalisation de l'usage de certaines substances toxiques. Comment faire pour essayer de se replacer dans une situation telle qu'elle fut, avant le choix de l'interdit, comme panacée.

L'échec de la prohibition de l'alcool aux Etats-Unis a bien conduit cet Etat à l'abolir, et donc à légaliser et taxer fiscalement la production, la commercialisation et la consommation d'alcool. Est-ce donc penser à l'impensable, comme le suggère le titre d'un article récent de «Time» (G.J. Church, 1988) que d'imaginer une législation des drogues? Pourquoi n'en point faire autant avec les stupéfiants illicites?

Modifier le droit suppose évidemment que les conditions socio-politiques et idéologiques dont il résulte aient disparu ou se soient profondément transformées. Or, que constate-t-on dans cette perspective?

Plus que jamais le trafic international, complexe est profondément enraciné dans des économies de marché qui permettent à certains pays du Tiers Monde de survivre grâce à la production et à l'exportation de drogues illicites. Aucune politique de contrôle ne pourra dépasser les performances actuelles des contrôles douaniers et policiers qui estiment, dans la meilleure des hypothèses, les prises à environ 10% de la totalité des produits transitant illégalement à travers les frontières des pays consommateurs.

Toutes les politiques d'assistance bienveillante de pays consommateurs auprès des pays producteurs sont des échecs flagrants: destruction de plantations, agriculture de substitution, subventions... rien n'y fait. Par ailleurs, ces politiques déclarées se doublent parfois d'une assistance cachée, visant à garantir le maintien de zones de guérilla et de producteurs dans les points chauds des derniers avatars de la guerre froide (Amérique centrale, Triangle d'Or, etc.) (cf. N. Dorn et N. South, 1987).

La prohibition reste indéniablement la plus simple, la plus claire et la moins coûteuse des politiques législatives. L'effet devrait en être performant au niveau du discours déjà. Et pourtant combien d'incohérences émaillent l'interdiction de certaines drogues: pourquoi le cannabis et pas l'alcool? Pourquoi la cocaïne et pas l'éther? Pourquoi les hallucinogènes et pas certains médicaments? Par ailleurs, la prohibition entraîne avec elle, en tant que choix de politique sanitaire, la corruption, l'aide involontaire à un trafic échappant à tout contrôle, des pratiques policières plus que discutables (agent provocateur, informateur, délateur en échange d'une tolérance de fait des autorités).

Quant à l'argument de xénophobie, de racisme, d'hétérophobie, conduisant à disqualifier les usagers de drogue, assimilés sans nuance à des marginaux sans valeur et sans pouvoirs sociaux, économiques et politiques, il suffit de lire les faits divers et les comptes rendus d'audiences judiciaires pour se convaincre de l'efficacité de tels procédés de désinformation.

A ces objections, il faut en ajouter deux qui me semblent relativement récentes et qui pourraient ne pas être totalement irrelevantes dans l'inventaire des difficultés à surmonter avant de promouvoir une légalisation des substances toxiques naturelles et de leurs dérivés.

Depuis les années 1930, et surtout depuis un texte fameux de H.J. Anslinger, ancien agent de la prohibition, recyclé dès 1930 dans le Bureau fédéral des narcotiques (!), les drogues illicites sont globalement perçues comme criminogènes. La relation drogue/crime n'a cessé de préoccuper une certaine criminologie naïve (M.D. Anglin et G. Speckert, 1988) certainement aveuglée par l'évidence que des activités criminelles sont forcément associées, d'une façon ou d'une autre, à l'usage de substances illicites. La criminogénéité est, dans l'opinion publique aujourd'hui, consubstantiellement liée à toutes les drogues ou presque. Or, contrairement à la plus élémentaire logique, cette criminogénéité des drogues semble contribuer au maintien d'une politique de prohibition. L'expérience américaine de la décade 1920/1930 n'a donc pas suffi à faire comprendre, aux partisans du modèle prohibitionniste, la vanité d'une telle politique.

D'autre part, l'on est en droit d'imaginer que la caste des professionnels de la santé ont aujourd'hui des intérêts nettement accrus à l'entretien du concept de pharmaco-dépendance ou de toxicomanie à l'intérieur même des limites définies de la maladie. Il s'agit là d'une nouvelle donnée pertinente à la reconnaissance symbolique acquise par de nouvelles spécialisations médicales et donc une valorisation indéniable de pratiques aux marges des classiques thérapies médicamenteuses, chirurgicales ou psychiatriques. Le concept de pharmaco-dépendance protège ainsi efficacement des innovations médicales capables d'absorber un excédent démographique chez les professionnels médico-sociaux.

VI. Penser à l'impensable

Au risque de discréditer pour l'heure à la fois ma personne et mes conclusions, mais l'histoire me donnera certainement raison, je n'hésite pas à affirmer qu'il faut aujourd'hui penser en termes de légalisation, comme politique globale et non partielle, et devant donc affecter l'ensemble des stupéfiants, aujourd'hui illicites, et non seulement certains (d'ail-

leurs lesquels et selon quels critères?) d'entre eux, et par ailleurs supprimer la criminalisation de tous les actes en rapport avec les stupéfiants (et non seulement la consommation).

Seule une législation intégrale aura une cohérence et c'est à partir de ce postulat qu'il faut repenser:

1. Nos rapports économiques et politiques avec les pays producteurs de stupéfiants.
2. Le discours médical sur les drogues en général, dont on a relevé la constante ambiguïté ou incohérence.
3. Tous les termes jusque-là utilisés, tels que toxicomanie, accoutumance et dépendance, car «il n'existe, pour ainsi dire, aucun consensus sur la façon de déterminer la toxicomanie ou la dépendance d'une personne envers une drogue, ni sur la signification de ces termes eux-mêmes» (L. Grinspoon et J.B. Bakalar, 1978).
4. Les fondements de distanciation sociale, culturelle, politique ou idéologique, qui expliquent, non la toxicomanie, mais la production d'interdits et la promotion de politiques sociales faites de prohibition.
5. Les limites strictes d'une politique criminelle face à des pratiques d'auto-intoxication volontaires répandues.

C'est donc en amont du droit que se situe aujourd'hui l'essentiel des données pouvant conduire à son changement. Dans ce domaine, comme dans d'autres, il est possible de paraphraser Clémenceau en suggérant que ce problème est trop grave pour en laisser la solution aux seuls juristes. Les variations du droit sont possibles; encore faut-il les préparer et se préparer à en supporter les conséquences. Actuellement, pourtant, les techniques juridiques appliquées aux stupéfiants sont, à n'en point douter, pires que le mal. Et c'est à elles d'abord, et non pas aux drogues, qu'il faut dire: «Just say no more.»

Bibliographie

- ANGLIN M.D. and SPECKART G. (1988), Narcotics use and crime, *Criminology*, 2, 197-234.
- BECKER H.S. (1966), *Outsiders*, The Free Press, New York.
- BENNETT T. (1986), Légaliser l'abus des drogues: quelques implications, *Déviance et société*, Genève, 193-198.

- BERTRAND M.A. (1986). Permanence des effets pervers et résistances aux changements des lois sur les drogues, *Déviance et Société*, Genève, 177-192.
- BRAU J.L. (1968), Histoire de la drogue, Tchou, Paris.
- CHESNEAUX J. et BASTID J. (1969), Des guerres de l'opium à la guerre franco-chinoise (1840-1885), Hatier, Paris.
- CHURCH G.J. (1988), Thinking the Unthinkable, *Time*, May 30, 19-26.
- DORN N. and SOUTH N. (1987), A Land fit for Heroin? Macmillan, London.
- FOUQUET P. et DE BORDE M. (1985), Le roman de l'Alcool, Seghers, Paris.
- GLORIE J. (1983), Drogue: Les origines d'un contrôle (dactyl.), UCL, Louvain, Ecole de criminologie.
- GRINSPOON L. et BAKALAR J.B. (1978), La cocaïne, L'Etincelle, Montréal.
- JAUBERT A. et MURARD N. (1979), Drogues, passions muettes, numéro spécial *Recherches* (décembre), Paris.
- LEWIN L. (1970), Phantastica, Payot, Paris (éd. originale 1927).
- LIEDEKERKE A. de (1984), La belle Epoque de l'opium, Aux Editions de la Différence, Paris.
- MAIER H.W. (1928), La Cocaïne, Payot, Paris.
- MEMMI A. (1979), La dépendance, Gallimard, Paris, 1979.
- MEMMI A. (1982), Le racisme, Gallimard, Paris.
- MURTO D.F. (1973), The American Disease: Origins of Narcotic Control, Yale Univ. Press, New Haven.
- NAHAS G. (1987), Les guerres de la cocaïne, Ed. France-Empire, Paris.
- RAPPORT PELLETIER (1978), Rapport de la Mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue, *La Documentation française*, Paris, 1978.
- QUINCEY Th. de (1964), Confession d'un mangeur d'opium anglais, *Collection bilingue*, Aubier, Paris.
- SAMI-ALI (1971), Le haschisch en Egypte, Payot, Paris.
- SCHIAFFINO M. (1987), L'heure du café, Ed. Gentleman, Paris.
- SCHIAFFINO M. (1987), L'heure du thé, Ed. Gentleman, Paris.
- SCHWARZENBERG L. (1988), La société humaine, Belfond, Paris.
- SKODA H. de (1944), La répression internationale du trafic illicite des stupéfiants, Payot, Lausanne.
- SOURNIA J.C. (1986), Histoire de l'alcoolisme, Flammarion, Paris.
- SZASZ Th. (1976), Les rituels de la drogue, Payot, Paris.
- WANG ADINE (1933), La Chine et le problème de l'opium, Pedone, Paris.
- ZAFIROPOULOS M. et PINELL P., Drogues, déclassement et stratégies de disqualification, Actes de la recherche en sciences sociales, Paris, 42, 60-75.

LES CONDUITES DE RISQUE

*S. Tomkiewicz**

Le hasard du planning me met dans un cruel embarras: j'avais l'intention de vous apporter la contestation et de démystifier les idées reçues, et voilà qu'un natif de la Suisse s'avère plus contestataire et plus subversif que je ne saurais l'être. Tout en étant profondément d'accord avec mon ami Robert sur le plan historique, moral, juridique et tout en me sentant à l'unisson avec sa sensibilité, je suis plus sceptique que lui quant aux bienfaits de la législation des drogues illégales; mon attitude à ce sujet reste ambiguë et nuancée.

Je me propose de parler de ce que les médecins de santé publique et quelques psychiatres appellent les conduites de risque afin d'élargir le débat sur la toxicomanie qui en fait manifestement partie. Je réfléchirai tour à tour sur la définition, la clinique, les mécanismes et l'évolution de ces conduites et je m'attarderai sur les réponses que la société leur apporte.

1. Définition

Ce sont des conduites («risk-taking behavior») qui peuvent mettre en danger la santé physique et/ou mentale du jeune; on peut aussi les appeler conduites d'essai car elles caractérisent l'adolescent normal. Il semble qu'elles ont lieu de plus en plus précocément dans nos pays occidentaux: des conduites qu'on n'observait pas avant l'âge de 15-16 ans se rencontrent maintenant chez des jeunes de 11-12 ans (il s'agit en particulier des condui-

* Médecin-Directeur, Centre Familial de Jeunes, INSERM U. 69, F-75000 Paris.

tes de pharmaco-dépendance aux substances licites ou illicites). A côté de la toxicomanie et en relations complexes d'interdépendance avec elle, nous trouvons les actes délictueux, les accidents sur la voie publique et les tentatives de suicide.

On pourrait penser qu'il n'y a pas de conduite de risque sans conscience du risque, la roulette russe en étant le paradigme le plus pur et le plus beau par son inutilité totale et son caractère 100% ludique et hédonique. Mais les adolescents sont loin d'être toujours conscients du danger qu'ils courent. A côté du plaisir d'avoir peur, il existe souvent chez eux une négation du danger en rapport avec une certaine dose de mégalomanie: «Ça ne peut pas m'arriver, la mort c'est pour les autres!» Quelques-uns semblent même, sous l'effet de la télévision, croire à la réversibilité de la mort...

Peut-on diviser les conduites de risque en positives, maturantes et structurantes et négatives, inutiles et destructurantes? Un nourrisson qui apprend à marcher risque fort de tomber, de se heurter: c'est manifestement une conduite de risque, mais aucun médecin de santé publique n'aurait l'idée de la condamner; elle est accueillie avec joie par toute la famille et seules quelques mères phobiques décriées par les psychiatres ont de la peine à le supporter. D'autres conduites chez l'adolescent ou chez l'adulte sont accueillies avec le même enthousiasme par la société: les sports violents, la course automobile, l'alpinisme; sports qui «façonnent l'Homme», si l'on en croit le serment du parachutiste: un «vrai homme» aime le risque! Au contraire, un jeune qui, pour des raisons qui lui sont propres, grimpe sur le toit d'un immeuble sera ramassé par les pompiers appelés par la population et confié à un psychiatre qui n'aura plus qu'à constater une conduite de risque pathologique et destructive. Ce qui est permis sur le Jungfrau est absolument interdit sur l'Empire State Building.

Quand un garçon polonais de 11 ou 12 prend sa première cuite en famille, celle-ci bienveillante trouve cela tout à fait normal. Quand un petit suédois se trouve en état d'ivresse sur la voie publique où il fait du tapage nocturne, la société suédoise, réputée bien à tort permissive, se déclare outrée et condamne vivement cette conduite. Si ce jeune avait choisi de fumer du haschich ou un quelconque champignon hallucinogène, sa conduite serait condamnée à l'unanimité dans tous les pays industrialisés. Ces exemples montrent que la distinction entre des conduites de risque bonnes et mauvaises n'est nullement basée sur le souci de la santé du jeune, mais plutôt sur le souci de maintenir l'ordre social et les valeurs «fondamentales» de la société.

2. La clinique

a) Les conduites de risque «intellectuelles»: c'est à l'adolescence que le

jeune considère l'adulte d'un regard neuf, qu'il commence à lui poser des questions trop embarrassantes. Piaget a très bien montré que de telles conduites sont destinées à la mise à l'essai et à l'utilisation de la fonction d'abstraction permise par la maturation neuronale. Le plus souvent sans conséquences graves, un abus de ces possibilités nouvelles critiques et logiques peut entraîner des gifles, des punitions, voire un renvoi de l'école...

- b) Les conduites de risque «affectives» se manifestent par la petite délinquance, l'agressivité et bien sûr l'entrée en jeu de la sexualité. Le caractère de risque et de transgression des conduites sexuelles de l'adolescent varie beaucoup selon le pays et l'époque. Au XVIII^e siècle, le petit chérubin de Mozart, âgé de quatorze ans, trouve tout à fait normal d'être amoureux toutes les cinq minutes d'une nouvelle jeune fille. En 1988, j'ai lu sur une affiche: «Sois fidèle, le SIDA ne passera pas.» La fidélité est considérée comme une valeur morale; grâce au SIDA, elle devient une valeur médicale, toute polygamie étant considérée comme une conduite de risque. Dans les lycées parisiens, une jeune fille qui change d'amant plus d'une fois toutes les six semaines est appelée «nymphomane». Il y a quinze ans encore, le terme «nymphomanie» était réservé aux psychiatres pour signifier une perturbation plutôt grave des conduites sexuelles. On peut d'ailleurs se demander si la nymphomanie de la nosographie classique n'a jamais été autre chose qu'une étiquette collée par les médecins à certaines conduites réprouvées par les normes sociales. Les jeunes d'aujourd'hui n'auraient alors que repris avec dérision ce terme à leurs aînés professionnels.
- c) Les conduites de risque «somatiques» mettent en danger l'intégrité physique du jeune. Citons ici les sports dangereux, la toxicomanie, les imprudences sur la route. Parfois, elles s'approchent des conduites suicidaires, sans oublier le plaisir du jeu qu'elles procurent. Je me souviens ainsi d'une bande de jeunes des années soixante où chaque candidat à l'entrée devait se soumettre à un rite d'initiation qui consistait à rouler sur une dizaine de kilomètres sur l'autoroute de l'Ouest dans le sens inverse du trafic avec une voiture volée. Presque tous les «initiés» sont morts d'une mort violente; ils ont vécu jusqu'au bout en conduite de risque...

3. Mécanisme et finalité

- a) Il existe certainement un mécanisme biologique qui explique que les

adolescents et les petits enfants ont davantage de conduites de risque que les vieillards ou les enfants en période de latence. Une inondation de l'organisme par la testostérone augmente à la fois la libido sexuelle et les pulsions agressives; elle doit avoir des rapports obscurs et subtils avec la force et la fréquence de ces conduites.

Les modifications de l'image corporelle, l'angoisse liée à l'incertitude de trouver une place dans la société, aux difficultés de l'individuation et d'autonomisation par rapport à la famille, à la perte du statut de l'enfant et à la non-acquisition du statut de l'adulte font partie des mécanismes sociologiques et psychologiques qui poussent le jeune à ces conduites étranges. Dans le cheminement psychique qui mène à la conduite de risque, on trouve, outre la mégalomanie déjà citée, un certain compromis entre les pulsions auto-agressives et hétéro-agressives: n'osant pas atteindre directement son entourage envers lesquels les griefs réels et imaginaires ne manquent pas, le jeune arrive, grâce à elles, à les agresser indirectement en agressant sa propre personne. Ces pulsions agressives sont volontiers liées à une culpabilité résultant non seulement de la reviviscence de la culpabilité œdipienne mais aussi de la prise de conscience de leur marginalité, de leur altérité et de leur exclusion sociale. Ce désir d'autopunition apparaît manifeste, par exemple, chez les garçons qui, ne sachant pas conduire, volent des voitures et les conduisent à tombeau ouvert.

Dans les sociétés dites primitives, les conduites de risque sont encore moins bien vues que chez nous, mais ces sociétés ont organisé différents rites d'initiation dangereux et risqués qui doivent montrer que le passage de l'enfance à l'âge adulte est un événement important et grave. Nos sociétés proposent comme «rites» aux jeunes le baccalauréat qui n'est pas à la portée de tout le monde, le service militaire... Il n'est donc pas étonnant que les jeunes inventent des procédures marquant l'entrée dans l'âge adulte (premier bal, moto, cigarette...).

- b) La finalité de ces conduites sera traitée du point de vue individuel et du point de vue de l'espèce humaine.

Ma vision de la finalité individuelle explique mon désaccord partiel avec Robert: je pense que les conduites de risque et d'essai sont nécessaires pour permettre au jeune d'explorer ses limites, ses possibilités à la fois «en dedans» et «en dehors»; elles lui permettent de se rendre compte de son intelligence, de sa force sexuelle et musculaire, de sa souplesse et de son habileté, de sa résistance à l'alcool, au joint ou au solvant; mais elles permettent aussi de mesurer ses possibilités de provoquer, de transgresser la loi, de mesurer la tolérance de l'entourage; ainsi le jeune teste son milieu

et voit jusqu'où il lui est permis d'aller. Je pense qu'une banalisation des drogues pourrait avoir comme résultat de pousser les jeunes vers d'autres transgressions non moins dangereuses.

Considérer la finalité individuelle sans parler du plaisir serait complètement bureaucratique: pas de toxicomanie sans plaisir, pas d'ivresse sans plaisir... Seuls quelques psychiatres osent parler du plaisir et c'est pour cela que les médecins de santé publique s'adressent à nous pour expliquer les résultats si médiocres de leurs campagnes de prévention, pourtant si rationnelles et intelligentes. Tout comme le jeune enfant jubile quand on lui raconte des histoires de fantômes ou d'ogres, un adolescent qui traverse sans casque et en brûlant les feux rouges tous les carrefours est certes suicidaire aux yeux des adultes, mais à ses yeux il est en même temps heureux car il y prend du plaisir. A tout âge, n'est-il pas plus plaisant de traverser la chaussée en dehors des clous, plutôt que de toujours respecter les passages pour piétons?

Du point de vue de l'espèce, les conduites de risque permettent à l'être humain d'affirmer sa différence radicale avec les espèces animales et végétales. Les conduites de risque quelle que soient leur absence de logique, leur dangerosité, leur caractère destructif prouvent à l'homme l'existence d'un espace de liberté. Elles sont un des signes que «l'homme n'est pas programmé»; une programmation parfaite dans le sens darwinien, telle qu'on l'observe chez les fourmis, exclut les conduites inutiles... mais au prix d'immuabilité et d'arrêt de tout progrès. Dans une société «parfaite», où les conduites de risque seraient complètement éradiquées, où la médecine préventive prendrait le pouvoir absolu, apparaîtraient très rapidement des maladies, liées à l'ennui et à la morosité.

Lorsqu'on affirme avec une pointe de mépris que les conduites de risque sont un signe d'immaturité, on oublie que l'allongement de la période immature (néoténie) accompagne les espèces au fur et à mesure de leur évolution; il est donc «naturel» qu'elle soit plus longue chez l'homme; le singe qui devient adulte à cinq ans reste... un singe.

4. Evolution à long terme

Le point de vue des médecins de santé publique selon lequel les conduites de risque caractérisent l'adolescent normal et ont par conséquent un pronostic excellent, est peut-être trop optimiste. Un certain nombre de ces conduites, lorsqu'elles vont «trop loin», pas nécessairement par rapport à leur dangerosité intrinsèque, mais sur le chemin de la transgression des interdits sociaux (même si ces interdits sont stupides et peu logiques), peu-

vent signifier un malaise tel que l'évolution à long terme s'en trouve sérieusement obérée.

Un travail extrêmement sérieux, exposé par un psychiatre suédois, a consisté à suivre, pendant quinze ans, une cohorte de 60 jeunes de 14 à 18 ans, n'ayant jamais eu à faire à un service de psychiatrie ou de police, et qui ont été ramassés sur la voie publique par la police en état d'ivresse (transgression grave dans ce pays). Les résultats de ce suivi sont catastrophiques par le nombre impressionnant de suicides, d'hospitalisations psychiatriques et d'incarcérations.

Ainsi, une conduite de risque violemment réprouvée par la société pourrait être considérée comme un signe d'appel et traitée comme telle, sans dire et attendre «que jeunesse passe».

Une conduite déviante peut naître de la pérennisation d'une conduite à risque: voler une ou deux fois dans un grand magasin peut être considéré comme une simple conduite de risque et d'essai (que celui qui n'a jamais volé ou plutôt qui n'a jamais eu envie de voler jette la première pierre!); cependant voler tous les jours et partout devient vite dangereux, pas seulement pour la morale publique mais pour l'individu lui-même: les gendarmes sont toujours plus forts qu'un jeune qui s'engage dans la délinquance. C'est lui qui risque de mal finir, et si je tente d'aider ces jeunes, ce n'est pas tant pour défendre le bien de mes concitoyens que pour les protéger à long terme de la police, des juges et de tout l'appareil dont ils ignorent la puissance.

En ce qui concerne la toxicomanie, la différence ne se situe pas entre les drogues licites et illicites ni entre les drogues dites dures et les autres; elle réside bien plutôt dans la façon de s'en servir. Heureusement, la plupart des adolescents vont se contenter de «tâter» l'alcool ou le haschich sans devenir pharmaco-dépendants; de telles conduites d'essai, bien que plus rares, se rencontrent même avec la cocaïne, les hallucinogènes, voire l'héroïne. On a connu en France chez les très jeunes adolescents de véritables épidémies de solvants dans les classes, les écoles, les quartiers, épidémies aussi intenses qu'éphémères. Un refus de manger d'un ou deux jours pour mesurer sa résistance à la faim, ou même pour essayer de maigrir est loin de l'anorexie mentale, maladie grave dont Charles Nicolas a montré la parenté avec la toxicomanie... Ainsi, c'est la pérennisation de toute conduite de risque qui aboutit plus ou moins rapidement à une déviance ou à une maladie. Des recherches épidémiologiques fines semblent montrer que les caractéristiques psycho-sociales des jeunes chez qui les conduites de risque restent éphémères et de ceux qui franchissent le Rubicon sont très différentes. Mais devant un cas particulier, il n'est pas toujours facile de

reconnaître la conduite de risque banale et celle qui constitue une «sonnette d'alarme».

5. Réponse de la société

La société, y compris les professionnels, répond souvent comme les parents qu'elle vilipende pourtant, en les donnant comme exemple de ce qu'il ne faut pas faire. Les parents, face aux conduites de risque, oscillent entre la peur pour leur enfant et la peur de leur enfant, peur pour leurs biens, leur paix, voire pour leur intégrité corporelle. La société proclame qu'elle veut protéger le jeune, alors que le plus souvent elle ne fait que se protéger contre lui. La société lutte pour le maintien de l'ordre social et non pas pour la santé du jeune.

Je pense au Que Sais-Je sur la toxicomanie rédigé par Maurice Porot au début des années soixante: l'auteur y explique pourquoi il est légitime de ne pas sévir contre l'alcool avec autant de force qu'il faut sévir contre l'opium et le haschich: l'alcool est une drogue «occidentale» qui aide les gens à travailler, il ne nous a pas empêché de conquérir la terre entière. Au contraire, l'opium et la haschich sont des drogues des sociétés paresseuses qui tombent dans la misère morale, matérielle et intellectuelle.

Il est plus difficile de recommander ce qu'il faut faire que de critiquer ce qui se fait. Je pense qu'il faut éviter au moins deux attitudes extrêmes:

- a) La répression pure et simple que dénonce à juste titre Robert, que nous avons dénoncée quand Albin Chalandon a voulu recriminaliser à fond la toxicomanie, constitue une mauvaise réponse: peu légitime moralement, elle est peu efficace, ne pouvant qu'écraser la personnalité et/ou induire des conduites de remplacement tout aussi nocives individuellement que socialement.
- b) Le laxisme semble être une solution tout aussi mauvaise parce qu'il est signe d'indifférence. Les parents qui ne réagissent pas face à ses transgressions, apparaissent au jeune comme inutiles, indifférents, voire hostiles. Je comprends bien que le groupe des toxicomanes mentionné par un conférencier s'est trouvé très satisfait d'apprendre que l'équipe discutait longuement d'eux, même si c'était pour choisir une sanction. Une gifle, une admonestation donnée au bon moment, voire parfois

une journée de garde à vue au commissariat peuvent être utiles, en marquant au jeune les limites à ne pas franchir.

Voilà pourquoi je suis très réservé pour conseiller une dépénalisation totale des drogues illicites; mesure laxiste, elle peut être vécue à juste titre comme signe d'indifférence de la société et contribuer paradoxalement à isoler les toxicomanes encore davantage qu'ils ne le sont aujourd'hui. Il me semble que la stratégie actuelle adoptée en France est, sinon la meilleure, la moins mauvaise: les drogues restant illégales, le jeune qui les consomme sait qu'il commet une transgression; il n'a pas besoin d'aller plus loin; cependant les juges gardent beaucoup de liberté pour appliquer des peines individualisées ou même l'impunité avec «l'injonction thérapeutique». Une demande de décriminalisation me semble le résultat des situations où le système judiciaire est plus rigide et où on applique plutôt une justice distributive. Personnellement, je pense que les conduites de risque au niveau individuel doivent être considérées comme un appel au dialogue et comme signe d'un dialogue impossible ou interrompu. Dans ce dialogue, le Juge pour Enfants peut avoir un rôle à jouer tout comme le Code Pénal. Entre une politique de gendarme ne connaissant que la force et une politique laxiste des yeux fermés, on peut imaginer une réponse sociale qui consisterait à accompagner les jeunes qui ont des conduites de risque, pour veiller à ce qu'elles ne se pérennisent pas et pour les aider à résoudre le malaise qu'elles traduisent.

J'aimerais, pour conclure, raconter un conte: imaginez un pays où, grâce aux progrès de l'informatique, on a pu mettre au point un système de circulation qui rend tout accident impossible; les journaux ne parlent plus de week-ends sanglants. Or, progressivement les jeunes deviennent de moins en moins attirés par les engins à deux et à quatre roues; la vente des voitures baisse inexorablement et le spectre du chômage et de la récession devient menaçant. Un psychiatre obscur propose alors, secrètement, aux pouvoirs publics une toute petite modification du programme qui gère la circulation sur les autoroutes: désormais tous les deux millions de kilomètres/voiture une voiture explose sans que l'on en comprenne la raison: les médias crient au scandale, on pleure les victimes innocentes, on accuse le gouvernement, l'alcool, les jeunes, les fabricants... Mais voilà que les autoroutes se repeuplent, la vente de voitures augmente, la crise régresse — et nul ne sait pourquoi l'obscur psychiatre a obtenu un prix gouvernemental pour des travaux que personne n'a jamais pu lire...

CONCLUSIONS

*Annie Mino**

Les conclusions pourraient être nombreuses. Je n'en retiendrai donc que quelques-unes.

1. Du point de vue épidémiologique

Il serait important de développer des recherches, tant sur les populations consultantes, quel que soit le modèle théorique sous-jacent, que sur l'étendue du «phénomène toxicomanie» à Genève, afin, d'une part de tenir à son propos des paroles sensées, et d'autre part, à l'heure des études multi-centriques, de pouvoir comparer notre situation épidémiologique à celle d'autres villes, cantons suisses et d'autres villes européennes.

De ce point de vue, l'étude multi-villes du Conseil de l'Europe est d'un grand intérêt et d'une grande honnêteté intellectuelle. Je ne voudrais pas vous faire sourire en utilisant cette connotation morale mais dans ce domaine il est urgent d'avancer des réalités et non des mythologies. Cette étude rappelle d'ailleurs qu'il n'est pas simple ni d'offrir une photographie exacte de chaque situation, ni de comparer chaque réalité.

En effet, les auteurs ont relevé la disparité des critères diagnostiques et l'absence de consensus sur les définitions. Les différences de définitions tiennent tout autant aux produits considérés qu'aux types de rapports de dépendances que les sujets toxicomanes entretiennent avec ce ou ces produits, qu'aux conséquences sociales, juridiques et sanitaires que ces

* Médecin chef de service adjoint, Unité de toxicopathie (Institutions universitaires de psychiatrie, Genève), Villa les Crêts, 1 ch. Edouard Tavan, CH-1206 Genève.

dépendances impliquent. Les définitions de toxicomanie varient donc selon les législations, selon l'accent mis sur la répression ou sur des politiques de soins. Elles varient enfin selon les modèles théoriques et thérapeutiques appliqués par chaque chercheur à l'intérieur de chaque ville, que ce modèle soit dominant ou minoritaire. Un exemple est particulièrement éloquent. Lors d'un symposium international sur la prise en charge des toxicomanes «lourds», la question a été posée de la définition même de ce concept. Les réponses se sont avérées extraordinairement différentes selon les pays. Pour l'un d'entre eux, étaient considérés comme toxicomanes lourds tous les usagers de drogues qui demandaient un traitement. Pour un autre pays, n'étaient considérés comme toxicomanes lourds que ceux qui précisément ne demandaient pas d'aide. On le voit, de cette manière chaque pays excluait de la future discussion les populations de toxicomanes de l'autre.

Nul besoin de préciser que la plus extrême prudence méthodologique a donc été ici de mise.

Indicateurs.

- Les premières demandes de traitement
- Les admissions dans les hôpitaux
- L'hépatite virale
- Les décès liés à la drogue
- Les arrestations par la police
- Les emprisonnements
- Les saisies de drogues illicites
- Les prix et le degré de pureté des drogues illicites
- Les données provenant d'enquêtes
- Quelques remarques sur le SIDA

Paramètres de description.

- Historique de l'abus de drogues
- Politique générale et législation
- Données démographiques
- Enquêtes sur l'abus de drogues
- Possibilités de traitement et d'encadrement social
- Systèmes de contrôle et ressources
- Systèmes de surveillance

On estime que les indicateurs examinés dans cette étude européenne ont un lien avec l'abus de drogues, mais on ne connaît pas toujours la nature

Prévalences de quelques villes.

— Amsterdam	22,5	pour mille
— Dublin	4,5	pour mille
— Hambourg	3	pour mille
— Londres	de 2 à 8	pour mille
— Rome	7	pour mille
— Stockholm	5	pour mille
— Paris		aucun chiffre fiable
— Genève	?	

exacte de ce lien. En outre, un seul indicateur ne reflète qu'une seule facette éventuellement atypique de l'ensemble du tableau. Il est donc indispensable premièrement d'avoir recours à plusieurs indicateurs émanant de diverses sources d'informations, deuxièmement de tenir compte de facteurs externes qui peuvent déformer les données.

Au nombre des facteurs qui influencent les indicateurs figurent les attitudes culturelles et les mesures prises à l'égard de l'abus de drogues dans les villes concernées, les moyens existants et leurs disponibilités, les priorités et degrés des organismes d'où proviennent les données, les définitions et méthodes de recensement qu'ils utilisent, ainsi que les mécanismes selon lesquels les données des divers organismes sont totalisées avant de devenir disponibles. Il est donc indispensable de compléter les simples données statistiques par une compréhension à la fois du **contexte** dans lequel elles ont été rassemblées et du procédé selon lequel elles ont vu le jour.

Les études concernant les populations consultantes se devraient d'introduire des grilles d'analyse plus fines afin de mieux saisir des spécificités psychopathologiques et psychosociales dans le «fourre-tout» toxicomanies. Dans d'autres pays, ces études existent déjà par exemple :

- les femmes toxicomanes;
- les jeunes parents toxicomanes;
- les sujets qui ont des carrières d'incarcération;
- les différents demandeurs de soins au sein d'un même lieu d'accueil, de consultation et de traitement.

L'intérêt de telles études n'est évidemment pas de type classificatoire. Elles doivent en effet permettre des approches préventives thérapeutiques et de réinsertion différenciée.

2. Du point de vue clinique

Un aspect clinique et thérapeutique mérite d'être repris en conclusion ici. En effet voici deux ans que notre unité hospitalière de sevrage a ouvert ses portes. Or aujourd'hui, je n'oserais plus affirmer que le sevrage physique n'est qu'un épisode insignifiant dans la trajectoire thérapeutique d'un toxicomane... Non pas qu'il soit difficile de minimiser le manque dans son respect le plus physique — l'exposé sur les sevrages vous aura montré que les patients en reconnaissent le confort — mais ce moment du sevrage physique, d'ailleurs plus long que prévu initialement au vu des polytoxicomanies, éveille immédiatement chez le sujet et dans son entourage thérapeutique une multitude de questions et d'affects que j'ai résumée sous la forme des différents corps du toxicomane.

Les corps du toxicomane.

A. Lieu de plaisir

- Unifier l'Image du corps
favoriser l'intégration du corps propre
favoriser l'établissement des relations avec les autres
- Etat maniaque
victoire sur la souffrance — le vide — le déchirement, etc.

B. Lieu de manque

- Déplaisir — augmentation de tension psychique et physique

C. Lieu de douleur

- 1) Lorsque le manque est dépassé
- 2) Maladies somatiques

Lieu de souffrance

- Garantie de réalité — atteinte de la limite

D. Lieu d'inscription

- 1) Tatouages — rites de passage
- 2) Maladies (peau, dents, etc.)

E. Lieu d'attaque

- suicide
- affections psychosomatiques
- anorexie

F. Lieu d'interrogation

- conduite ordalique

Si le produit permet au sujet tout cela sur son corps, il ne peut être décrit exclusivement en négatif.

Au total on peut parler des corps du toxicomane comme entrecroisement entre

- corps de la médecine somatique
- corps des questions psychiques
- corps des approches corporelles
- corps des questions sociales et culturelles
- **Sevrage** Moment où tous ces corps sont dramatiquement mis en scène dans un même lieu
- **Pendant la vie toxicomaniaque** Ces corps sont souvent éclatés entre de multiples lieux

Cette expérience est d'ailleurs le fait non seulement des thérapeutes intra-hospitaliers mais de tous nos collègues qui adressent les patients et les suivent en post-cures privées ou publiques.

Ce moment est donc à haut indice thérapeutique car il y a tout à coup coalescence de ces différents corps éclatés à l'extérieur. L'image qui peut s'imposer alors est celle d'une véritable réanimation psychique.

Enfin, je tiens à souligner que les rechutes font partie du processus thérapeutique, même si ce discours est difficile à saisir hors du monde soignant. En effet, elles sont pour les uns des preuves de mauvaise volonté, voire de perversité, pour les autres des preuves de récidive malgré les chances offertes et pour les autres enfin des preuves d'incurabilité.

3. Du point de vue historique

Pour vous rappeler que cette vague de toxicomanie n'est pas la première et qu'elle n'est jamais qu'une réponse contemporaine à des problèmes de toujours, je vous lirai un extrait tiré du livre du docteur Chambard, publié en 1893 chez l'éditeur Rueff (cf. *La Revue Psychotropes* qui nous livre le premier chapitre de ce livre portant pour titre «Étiologie de la morphinomanie»):

... «L'analyse étiologique d'un fait pathologique implique donc la connaissance de l'ensemble des conditions qui l'ont rendu possible et déterminé.» ... «Il en est de même du morphinisme. Ce serait mal en pénétrer l'étiologie que de ne l'attribuer qu'à l'usage habituel de la morphine. Il est, en réalité, beaucoup plus complexe. Tout le monde peut être morphinisé; mais ne devient pas et ne reste pas qui veut morphinomane. Tel n'éprouve pour la morphine et les sensations qu'elle détermine qu'indifférence ou dégoût et s'en sépare sans peine et sans regret dès qu'il en a obtenu l'effet

thérapeutique désiré. Tel autre y trouve, dès la première piqûre, des douleurs à nulle autre pareilles et en devient bien vite un adepte fervent; tel, sachant se limiter à de faibles doses et régler son dérèglement, se maintient longtemps au bord de l'abîme; tel autre y roule avec une rapidité croissante; certains, même devenus morphinomanes, s'arrachent à leur dangereuse habitude par un brusque ou par un patient effort de volonté; d'autres, moins énergiques, s'abandonnent lâchement à une tyrannie qu'ils déplorent. Il est même des sujets réfractaires au poison; soit, comme le dit Jouet dans sa thèse inaugurale, que les piqûres leur causent des accidents plus pénibles encore que leurs douleurs; soit que les troubles gastro-intestinaux, la cachexie que détermine chez eux l'usage de la morphine, ne leur paissent pas le temps de devenir morphinomanes; soit, enfin, qu'atteints de lésions rénales ou cardio-vasculaires, ils succombent empoisonnés par la première injection. Il faut donc, pour une analyse complète de l'étiologie de la morphinomanie, déterminer, pour chaque cas particulier, non seulement les circonstances habituellement fortuites qui ont initié le sujet à l'usage du poison, mais encore les conditions d'ordre constitutionnel pour la plupart, qui en ont créé et entretenu l'habitude, c'est-à-dire qui ont prédisposé, de tout temps, le patient à recourir à la morphine dans des circonstances données, qui l'attachent à ce toxique et règlent à la fois, chez lui, la marche de l'intoxication et celle de l'habitude morbide.» ...

4. Du point de vue inter-institutionnel

Il est urgent de développer de nouvelles collaborations autour de la clinique et autour de la recherche.

Extrait du livre du Docteur E. Chambard, paru en 1893 / Paris
Les morphinomanes, étude clinique, médico-légale et thérapeutique
Etiologie de la morphinomanie

Analyse étiologique de la morphinomanie

Causes occasionnelles = externes au sujet

- Traitement par la morphine: morphinomanie d'origine thérapeutique
- Conseils, exemples, lecture: morphomanie d'origine suggestive

Causes prédisposantes = internes au sujet

I. Causes physiques - Douleurs physiques

II. Causes psychiques

A. Besoins d'excitation: Torpeur intellectuelle, ennui

Coriosité → Thomas de Quincey, Coledridge, :
etc.

B. Besoins de sédation: Douleurs morales

Constitutionnelles:

Etat mental original — Antécédents personnels et héréditaires (cf. nos études épidémiologiques actuelles).

Statistique

Morphinomanie selon les professions (circa 1890)

Professions	PICHON			LEWINSTEIN			TOTALX	
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	prof.	catégorie
Médecins et leurs femmes	17	12	29	32	8	40	69	
Etudiants en médecine	7	7	14	2	2	4	9	
Pharmaciens et leurs femmes	5	4	9	6	1	7	16	
Etudiants en pharmacie	3	1	4				3	
Sages-femmes		1	1		1	1	2	
Fabricants d'instruments de chirurgie	1		1				1	
Infirmiers et garçons de laboratoire	5	4	9	2		2	11	111
Professeurs								
Magistrats, avocats	2		2	1	2	3	3	
Etudiants en droit	2		2	4		4	6	
Hommes de lettres	2		2				2	13
Artistes	3	3	6				6	
Prostituées		13	13				13	19
Religieux	1	1	2		2	2	4	4
Rentiers	3	3	6	6	4	10	16	
Commerçants	2		2	11	5	16	18	
Employés de commerce	2		2		4	4	6	40
Officiers et leurs femmes	1		1	18	1	19	20	
Marins	1		1				1	21
Ouvriers	7	11	18				18	
Paysans	2		2				2	
Domestiques		2	2				2	22
Totaux	66	54	120	82	28	110	230	230

CAHIERS PSYCHIATRIQUES GENEVOIS

BULLETIN D'ABONNEMENT

Pour 2 numéros: Suisse : 30 Frs suisses

Etranger: 40 Frs suisses

Nom: _____

Prénom: _____

Adresse: _____

Code postal: _____ Ville: _____

A remplir et à retourner avec un chèque bancaire à:

Editions Médecine et Hygiène
78, avenue de la Roseraie
Case postale 456
CH-1211 Genève 4



ACHEVÉ D'IMPRIMER
SUR LES PRESSES
DE L'IMPRIMERIE MÉDECINE ET HYGIÈNE
A GENÈVE (SUISSE)
AVRIL 1989

